

医療機器の保険適用について（平成24年4月収載予定）

区分C1（新機能）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
①	カワシミ カリウム吸着フィルター	川澄化学工業株式会社	5,060 円	類似機能区分 比較方式	有用性加算 (イ)5%	
②	ポリリュームビュー カテーテル	エドワーズライフ サイエンス株式会社	40,100 円	(既存区分の名称・ 定義の変更)	なし	

区分C2（新機能・新技術）

	販売名	企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
③	バルベルト 緑内障インプラント	エイエムオー・ジャパン 株式会社	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価する			
④	クリオシールCS-1 (本体)	旭化成クラレ メディカル株式会社	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価する			
	クリオシール ディスプレイキット		70,300 円	原価計算方式	営業利益率 +15%	0.86

(続く)

区分C2（新機能・新技術）（続き）

	販売名		企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
⑤	AMS800 人工尿道 括約筋	カフ	タカイ医科工業 株式会社	163,000 円	原価計算方式	なし	1.18
		コントロール ポンプ		408,000 円	原価計算方式	なし	1.18
		圧力調整 バルーン		149,000 円	原価計算方式	なし	1.18
		植込み キット		特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。			
⑥	da Vinci サージカルシステム		ジョンソン・エンド・ ジョンソン株式会社	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。			

（続く）

区分C2（新機能・新技術）（続き）

	販売名		企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比
⑦	グルーヴィー インプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマタイユナイト	ノーベル・バ イオケア・ジ ヤパン株式会 社	85,900 円	原価計算方式	なし	1.2
		ブローネマルク システム ザイゴマ マルチユニット アバットメント		27,500 円	原価計算方式	なし	1.28
	ノーベル インプラント タイユナイト	ブローネマルクシステム M kⅢ及び MkⅣ		35,300 円	原価計算方式	なし	1.11
	ボール アバットメント	ボールアバットメント		18,100 円	原価計算方式	なし	1.4
		ゴールドキャップ ボール アバットメント用		11,400 円	原価計算方式	なし	1.5
	ノーベル ロケーター アタッチメント	ロケーターリテンション ディスク		3,250 円	原価計算方式	なし	1.5
	ヒーリング アバットメント	ヒーリングアバットメント ブローネマルクシステム		6,730 円	原価計算方式	なし	1.5
	ノーベルバイ オケア インプ ラントシステム (未滅菌)	ヒーリングキャップ		2,500 円	原価計算方式	なし	1.5

（続く）

区分C2（新機能・新技術）（続き）

	販売名		企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比	
⑦	アイ・エイ・ティ ー フィットⅡ	2 ステージスクリュー	石福金属興 業株式会社	19,300 円	原価計算方式	なし		
		スクリューリテンドアバット メント		13,500 円	原価計算方式	なし		
		スクリューリテンドキャップ		5,260 円	原価計算方式	なし		
		カバースクリュー		3,450 円	原価計算方式	なし		
		アバットメントスクリュー		2,680 円	原価計算方式	なし		
	ゴールド シリンダー			7,890 円	原価計算方式	なし		
	ゼファー10			特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。				
	ロードシルビア							
	KIK アトラス							
	ピージーエー55							
	ピージーエー21							
	ピージーエー73 ピーゼット							
	白金色ロウ							
	K16 ロウ							
KIK 用ロウ 2								
ニューKIK 用ロウ								

（続く）

区分C2（新機能・新技術）（続き）

	販売名		企業名	保険償還価格	算定方式	補正加算等	外国平均価格との比	
⑦	アンキロス	アンキロスインプラント	デンツプライ 三金株式会 社	22,700 円	原価計算方式	なし	1.04	
	アンキロスSC アバットメント	SCストレート及びSCプリ アングルドアバットメント		13,400 円	原価計算方式	なし	1.03	
		シリコーンキャップ		13,200 円	原価計算方式	なし	1.04	
	ゼオメタル 87		山本貴金属 地金株式会 社	<p>特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料にて評価する。</p>				
	スーパークリスタル KP-5							
	ブライティス							
	ネクシオキャスト							
	エクセレントソルダー							
	ゴールドプレソルダー							
	ワイピーK18 ソルダー							
ゼオセライト								
ツイニー								

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

①

販売名 カワスミ カリウム吸着フィルター
 保険適用希望企業 川澄化学工業株式会社

決定区分	主な使用目的
C 1 (新機能)	本品は、赤血球濃厚液製剤から、カリウムイオンを吸着・除去する目的で使用する輸血フィルターである。

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
5,060 円	040 人工腎臓用特定保険医療材料 (回路を含む) (2) ヘモフィルター 4,810 円 有用性加算 (イ) 5%	なし	なし

[参考]

○ 企業希望価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比	暫定価格
6,787 円	原価計算方式	なし	なし

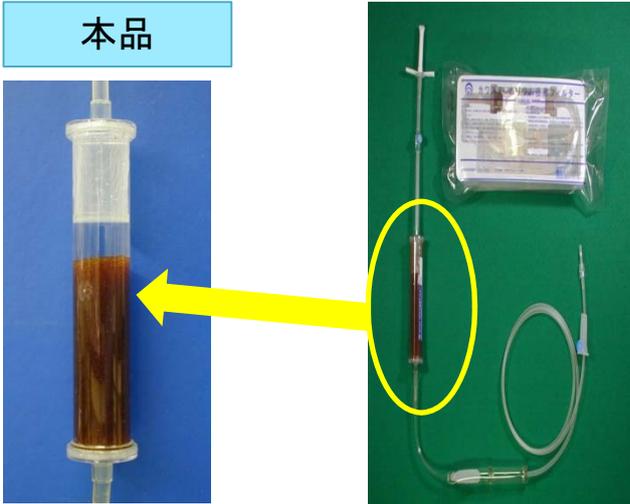
○ 諸外国におけるリストプライス

外国における販売実績なし

製品概要

1 販売名	カワシミ カリウム吸着フィルター
2 希望業者	川澄化学工業株式会社
3 使用目的	本品は、赤血球濃厚液製剤から、カリウムイオンを吸着・除去する目的で使用する輸血フィルターである。

本品

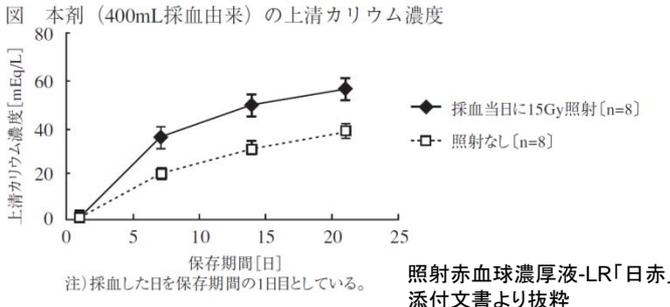


カリウムイオンの吸着剤として、フィルター部にイオン交換樹脂を用いている。

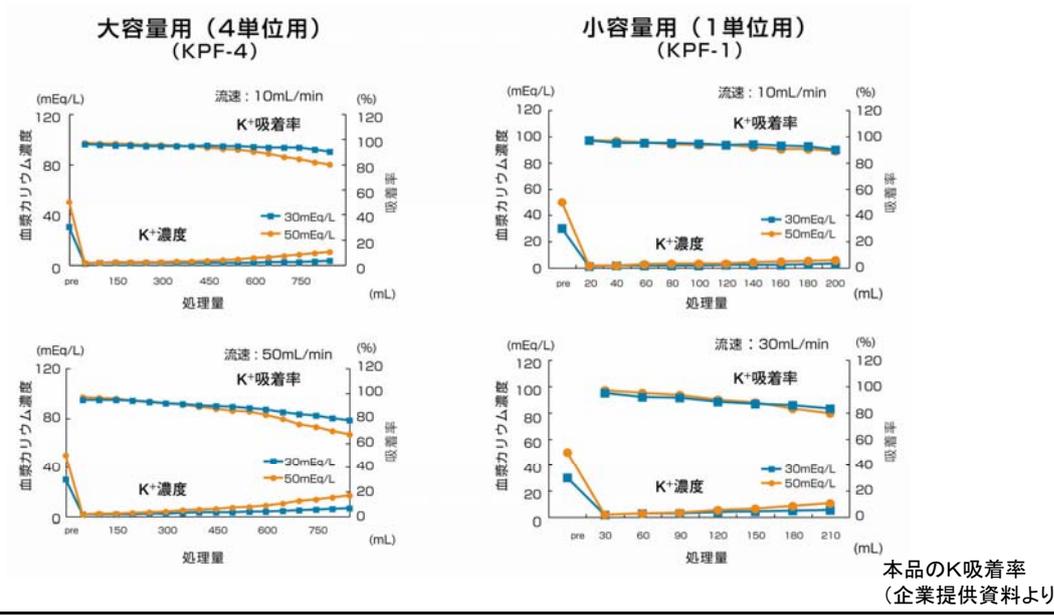
イオン交換樹脂で、保存時に上昇した血液製剤中のカリウムをナトリウムと等量置換することで、血液製剤中のカリウムを吸着する。

赤血球濃厚液中のカリウムについて

赤血球濃厚液には、輸血による移植片対宿主病 (GVHD) を予防する目的で、放射線が照射されている一方、カリウム濃度が上昇することが知られており、急速輸血や人工心肺の充填液として使用した際に一時的な心停止を起こした症例がまれに報告されている。



4 構造・原理



輸血に伴う高カリウム血症について

BACKGROUND: Transfusion-associated hyperkalemic cardiac arrest is a serious complication of rapid red blood cell (RBC) administration. We examined the clinical scenarios and outcomes of patients who developed hyperkalemia and cardiac arrest during rapid RBC transfusion.

METHODS: We retrospectively reviewed the Mayo Clinic Anesthesia Database between November 1, 1988, and December 31, 2006, for all patients who developed intraoperative transfusion-associated hyperkalemic cardiac arrest.

RESULTS: We identified 16 patients with transfusion-associated hyperkalemic cardiac arrest, 11 adult and 5 pediatric. The majority of patients underwent three types of surgery: cancer, major vascular, and trauma. The mean serum potassium concentration measured during cardiac arrest was 7.2 ± 1.4 mEq/L (range, 5.9–9.2 mEq/L). The number of RBC units administered before cardiac arrest ranged between 1 (in a 2.7 kg neonate) and 54. Nearly all patients were acidotic,

hyperglycemic, hypocalcemic, and hypothermic at the time of arrest. Fourteen (87.5%) patients received RBC via central venous access. Commercial rapid infusion devices (pumps) were used in 8 of 11 (72.7%) of the adult patients, but RBC units were rapidly administered (pressure bags, syringe pumped) in all remaining patients. Mean resuscitation duration was 32 min (range, 2–127 min). The in-hospital survival rate was 12.5%.

CONCLUSION: The pathogenesis of transfusion-associated hyperkalemic cardiac arrest is multifactorial and potassium increase from RBC administration is complicated by low cardiac output, acidosis, hyperglycemia, hypocalcemia, and hypothermia. Large transfusion of banked RBCs and conditions associated with massive hemorrhage should raise awareness of the potential for hyperkalemia and trigger preventative measures.

(Anesth Analg 2008;106:1062-9)

Table 1. Demographic and Other Characteristics of Patients with Red Blood Cell Transfusion-Related Hyperkalemic Cardiac Arrest

Year of event	Age, gender, ASA PS	Type of surgery	Comorbid conditions	Serum potassium (mEq/L) ^a			Last Hb before arrest (g/dL)	RBC units given (n)		Last pH and Ca ²⁺ ^b (mg/dL) before arrest	Lowest temp during arrest (°C)	Glucose during arrest (mg/dL)
				Preoperative	Last before arrest	Arrest		Before arrest	RBC total			
1991	59/F/3	Urinary diversion	CRI, DM	4.6	5.1	7.2	9.2	20	27	7.07/3.0	33.1	283
1991	69/M/4E	TAA repair	CRI, CAD, DM	3.6	3.4	6.5	12.7	3	9	7.18/NA	35	476
1992	57/F/4	Hepatectomy	CAD	3.9	NA	6.0	8.7	54	57	7.19/4.8	33.4	233
1993	14/M/3	Resection spinal cord tumor	Healthy	4.6	4	7.9	9.8	3	3	7.38/2.88	35.3	176
1993	67/M/5E	Thoracotomy	CRI, CAD, Esophageal CA	4.9	NA	6.9	9.2	6	6	7.04/4.8	NA	203
1994	9/F/3	Anterior spine instrumentation	Severe scoliosis	4.1	NA	7.9	6.9	5	5	7.31/4.12	36.5	119
1994	33/F/4E	Trauma	Healthy	3.7	6.2	7.9	5.8	30	30	7.17/3.6	35	476
1995	67/M/3	Lobectomy Lung CA	CAD, severe pulmonary HTN	4.9	5.5	9.2	8.4	6 ^c	6	7.31/NA	34.5	280
1995	29/F/4E	Trauma	Healthy	3.2	8.1	8.1	9.6	7	14	6.95/2.2	31.7	210
1996	69/F/3	AAA repair	CRI, CAD	4.7	3.8	6.0	8.2	4	29	7.41/NA	35	476
1999	68/M/3E	Osteogenic sarcoma	CAD, CABG, Prior lung CA	3.9	NA	6.1	7.7	13	13	7.19/4.8	35.3	152
2002	12/M/3	Anterior spine instrumentation	Severe scoliosis	3.9	4.4	7.1	11.6	6	6	7.16/2.0	36	95
2003	39/M/3	Hemipelvectomy	Cachectic on TPN	3.9	4.8	6.7	6.3	48	78	7.20/4.0	34.7	289
2004	61/F/2	Rectal CA	HTN,	5.1	3.8	>8.0	8.6	6	9	7.10/4.1	30.4	442
2005	2d/M/4	Resection pelvic angiosarcoma	hypothyroidism	3.6	NA	5.9	11.3	1 (350 mL)	1	7.02/2.2	36.5	420
2005	17/M/5E	Craniotomy	Arnold Chiari III in premature infant (2.7 kg)	3.1	6.4	>8	19.3	39	39	7.21/3.3	NA	>400

F = female; M = male; NA = not available; d = days; N = number; ASA PS = American Society of Anesthesiologists Physical Status; E = emergency; Hb = hemoglobin concentration; TAA = thoracoabdominal aneurysm; AAA = abdominal aortic aneurysm; HTN = hypertension; CAD = coronary artery disease; CABG = coronary artery bypass grafting; DM = diabetes mellitus; CHF = congestive heart failure; CRI = chronic renal insufficiency; CPR = cardiopulmonary resuscitation; CA = cancer; TPN = total parenteral nutrition.

^a Normal potassium values are 3.6–4.8 mEq/L.

^b Ca²⁺ = ionized calcium [normal values, 4.8–5.7 mg/dL].

^c This patient first developed acute hemorrhagic cardiac arrest (severe hypotension), and then hyperkalemic cardiac arrest during fast administration of blood.

輸血に伴う高カリウム血症に伴う心停止には、様々な要因が複雑に関与しているが、大量輸血の際にはその危険性にも留意すべきである。

Cardiac Arrests Associated with Hyperkalemia During Red Blood Cell Transfusion: A Case Series

表 1 急速輸血により心停止を来した文献³⁾⁴⁾⁷⁾¹¹⁾¹²⁾

論文発表年と著者	年齢	体重 (kg)	照射後 日数	輸血 K 濃度 (mEq · l ⁻¹)	輸血量 (ml)	輸血速度 (ml · min ⁻¹)	輸血速度 (ml · kg ⁻¹ · min ⁻¹)	患者 K 濃度	心停止	蘇生
'90 Jameson	33	65	非照射	24-34	6300	420	6.5	12.6	+	-
'93 Hall	2 w	3.2	非照射	60	60	4-6	1.3-1.9	8.9	+	-
'89 広川	59	39	非照射	40	1200	300	7.7	7.02	+	+
'98 依光	2 m	4.4	1	22	45	4.5	1	10.3	+	+
'98 宮澤	69	74	6	?	2080	104	1.4	7.6	+	+
'98 宮澤	7 m	3.8	11-14	56-60	780	人工心肺開始時		10.6	+	+

放射線照射輸血の輸血速度とカリウム負荷に関する考察より抜粋
麻酔49:383-390. 2000

術中輸血による高K血症やそれによる心停止が報告されている。特に、小児における心停止の報告が多いとされている。

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 ボリュームビューカテーテル
 保険適用希望企業 エドワーズライフサイエンス株式会社

決定区分	主な使用目的
C 1 (既存区分の名称・定義の変更)	本品は、循環機能評価等の目的で経皮的に動脈に挿入し、専用の装置と併用することにより、肺血管外水分量、全拡張期容量等を測定することができる。

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
40,100 円	133 血管内手術用カテーテル (13) 連続心拍出量測定用カテーテル 40,100 円	なし	なし

[参考]

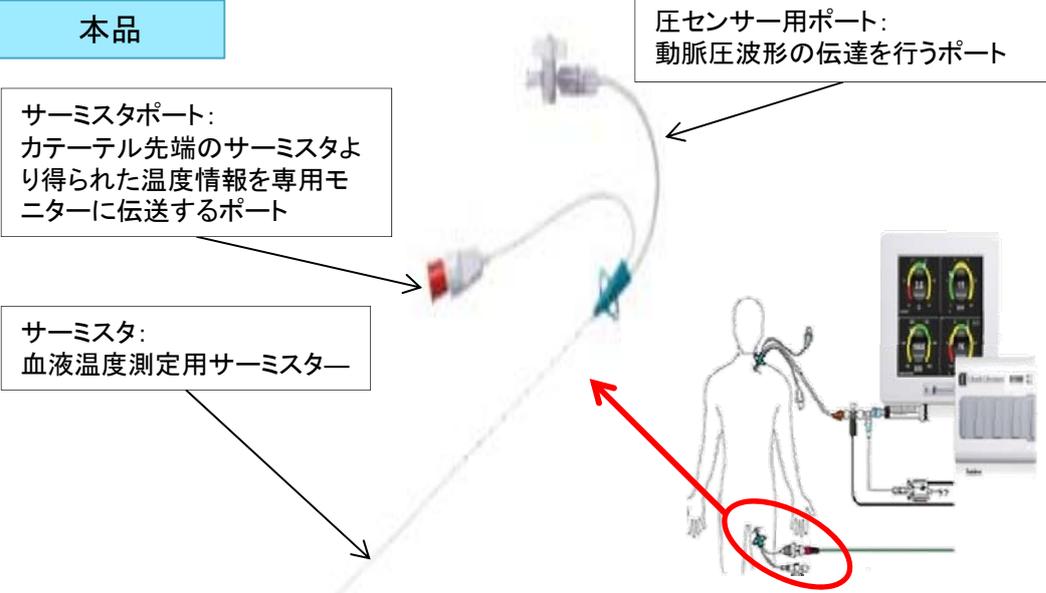
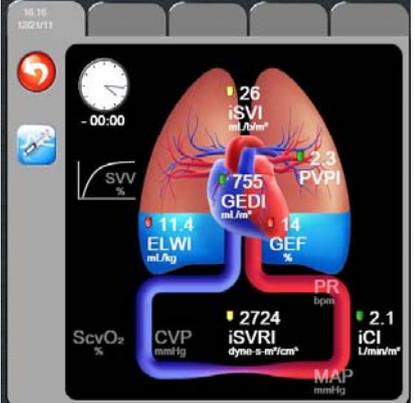
○ 企業希望価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
42,105 円	133 血管内手術用カテーテル (13) 連続心拍出量測定用カテーテル 40,100 円 改良加算 5%	なし	なし

○ 諸外国におけるリストプライス

なし（販売形態が異なるため、比較できない）

製品概要

1 販売名	ポリリュームビューカテーテル
2 希望業者	エドワーズライフサイエンス株式会社
3 使用目的	<p>本品は、循環機能評価等の目的で経皮的に動脈に挿入し、専用の装置と併用することにより、肺血管外水分量、全拡張期容量等を測定することができる。</p>
4 構造・原理	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>本品</p> <p>サーミスタポート： カテーテル先端のサーミスタより得られた温度情報を専用モニターに伝送するポート</p> <p>サーミスタ： 血液温度測定用サーミスタ</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>圧センサー用ポート： 動脈圧波形の伝達を行うポート</p> </div> </div>  <p style="text-align: right;">専用の装置に接続して使用する</p> <p>循環機能評価について</p> <p>本品を用いて、専用の装置と接続することで、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 動脈圧 ・ 血液温度 ・ 間欠的心拍出量 (ICO) ・ 1回拍出量 (SV) ・ 肺血管外水分量 (EVLW) ・ 全拡張終期容量 (GEDV) ・ 胸腔内血液量 (ITBV) ・ 肺血管透過性係数 (PVPI) ・ 全心駆出率 (GEF) ・ 体血管抵抗 (SVR) <p>等の測定や、採血が行える</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>肺血管外水分量の有用性の報告例</p> <p>①人工呼吸器装着期間及びICU滞在期間の短縮 出典: Dan Schuller, <i>Chest</i> 1991, John P. Mitchell, <i>Am Rev. Respir Dis</i>, 1992</p> <p>②生存率の向上 出典: Greg S Martin, <i>Crit. Care</i>, 2005, Samir G. Sakka, <i>Chest</i>, 2002</p> <p>③輸液管理指標として反応性が高い 出典: Laggner, <i>Intensive Care Med.</i>, 1984 Enrique Fernandez Mondejar, <i>Current Opinion in crit. Care</i>, 2007 Francisca Pino-Sanchez, <i>The J. of Trauma</i>, 2009</p> </div> 

重篤な状態の患者の管理におけるEVLW(肺血管外水分量)の有用性について

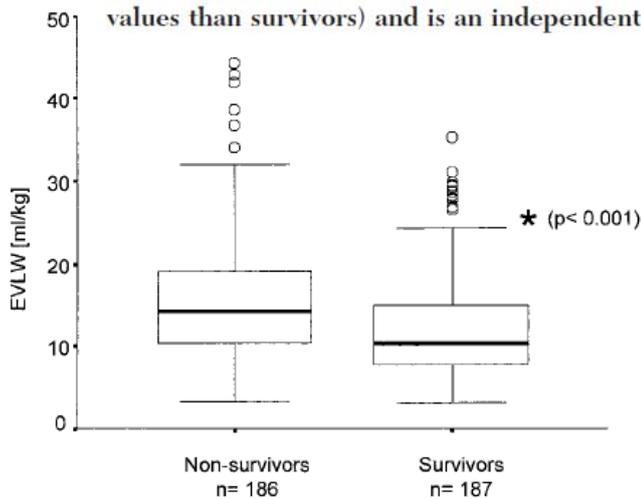
Objective: Measurement of extravascular lung water (EVLW) as a clinical tool for the assessment of pulmonary function has been found to be more appropriate than oxygenation parameters or radiographic techniques. In this study, we analyzed the prognostic value of EVLW in critically ill patients.

Design: Retrospective analysis.

Setting: Operative ICU of a university hospital.

Measurements and results: We retrospectively analyzed 373 critically ill patients (133 female and 240 male patients; age range, 10 to 89 years; mean \pm SD age, 53 ± 19 years) who were treated in our ICU between 1996 and 2000. All these patients were hemodynamically monitored by the transpulmonary double-indicator (thermo-dye) dilution technique. Each patient received a femoral artery sheath through which a 4F flexible catheter with an integrated thermistor and fiberoptic was advanced into the infradiaphragmatic aorta. EVLW was calculated using a computer system. For each measurement, 15 to 17 mL of cooled 2% indocyanine green were injected central venously. In our results, maximum EVLW was significantly higher in nonsurvivors ($n = 186$) than in survivors ($n = 187$) [median, 14.3 mL/kg vs 10.2 mL/kg, respectively; $p < 0.001$]. In univariate logistic regression models, EVLW ($r^2 = 0.024$, $p = 0.003$) at baseline as well as simplified acute physiology score (SAPS) II ($r^2 = 0.135$, $p < 0.0001$) and APACHE (acute physiology and chronic health evaluation) II scores ($r^2 = 0.050$, $p < 0.0001$) were significant predictors of mortality. If SAPS II and APACHE II scores are combined, r^2 increases to 0.136, but the improvement over SAPS II alone is not significant. The addition of baseline EVLW further increases r^2 to 0.149 ($p = 0.021$ for the improvement), indicating that EVLW contributes independently to prognosis.

Conclusion: EVLW correlated well with survival (*ie*, nonsurvivors had significantly higher EVLW values than survivors) and is an independent predictor of prognosis.



ICUに入室した、重症度の高い患者について、EVLWは生存率の指標となる。
(生存した患者と比較し、死亡した患者はEVLWが高かった)

FIGURE 1. Box plot for survivors and nonsurvivors. Bold lines indicate medians, box plots indicate 25 to 75th percentiles, and bars indicate the 1.5-fold of the whole box length. Circles indicate values between 1.5-fold to threefold of the whole box length, and outliers (outside threefold of the whole box length) are indicated by asterisks. The bold asterisk indicates statistical significance (Mann-Whitney U test).

出典: Water in Critically Ill Patients Prognostic Value of Extravascular Lung

Meier-Hellmann
Samir G. Sakka, Magdalena Klein,
Konrad Reinhart and Andreas

Chest 2002;122;2080-2086

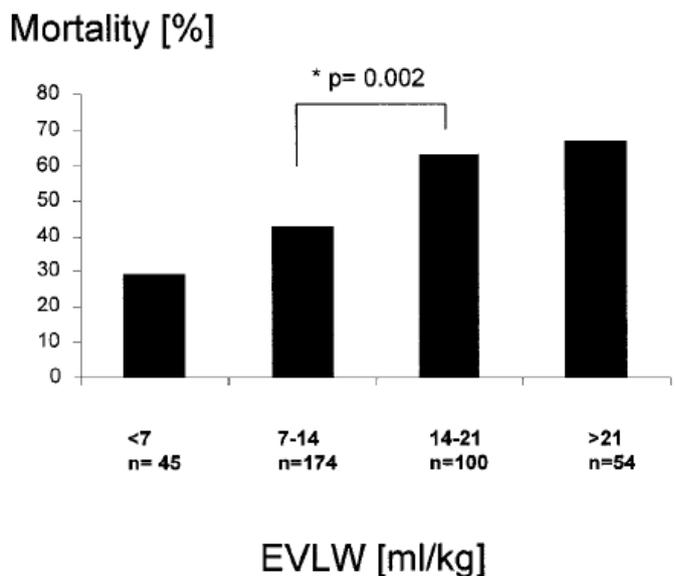


FIGURE 2. Mortality as a function of EVLW. Patients were classified into four groups according to their highest EVLW value. The asterisk indicates statistical significance to the next higher EVLW group (χ^2 test).

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 バルベルト 緑内障 インプラント

保険適用希望企業 エイエムオー・ジャパン株式会社

決定区分	主な使用目的
C 2 (新機能・新技術)	本品は、既存療法に奏功しない難治性緑内障患者に対して、眼圧降下を目的に埋植する人工房水排出装置である。

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価		なし

[参考]

○ 企業希望価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
150,177 円	原価計算方式	1.50 (外国価格調整を受ける)	なし

○ 諸外国におけるリストプライス

アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
60,922 円 (734ドル) 66,981 円 (807ドル) (モデルによって価格が異なる)	99,218 円 (751.65ポンド)	118,650 円 (1,050ユーロ)	118,650 円 (1,050ユーロ)	100,118 円

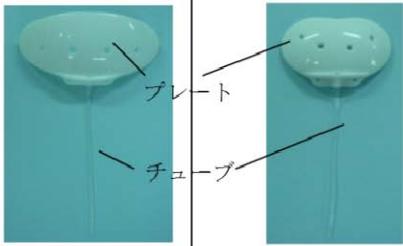
1 ドル = 83 円
 1 ポンド = 132 円
 1 ユーロ = 113 円
 (平成 22 年 9 月～平成 23 年 8 月の
 日銀による為替レートの平均)

製品概要

1 販売名	バルベルト 緑内障 システム
2 希望業者	エイエムオー・ジャパン株式会社
3 使用目的	本品は、既存療法に奏功しない難治性緑内障患者に対して、眼圧降下を目的に埋植する人工房水排出装置である。

本品

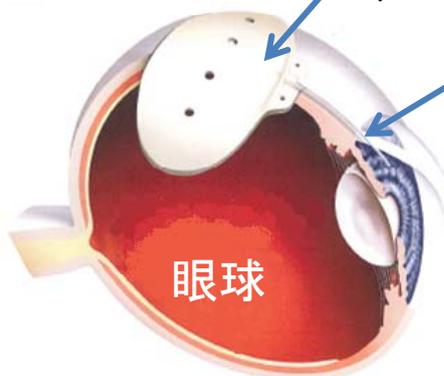
注) チューブの留置場所によって形状が異なる

タイプ	直線チューブタイプ		毛様体扁平部挿入タイプ
形状			
チューブ挿入位置	前房	前房	後房（毛様体扁平部に挿入用先端部を挿入する。）

使用方法

本品

チューブの先を前房に挿入する



(対象患者の例)

- ・ 代謝拮抗薬を併用した線維柱帯切除術が不成功に終わった緑内障患者
- ・ 手術既往により結膜の癒着化が高度な緑内障患者
- ・ 線維柱帯切除術の成功が見込めない又は線維柱帯切除術において重篤な合併症が予測される緑内障患者
- ・ 他の濾過手術が技術的に施行困難な緑内障患者

本品の有用性

審査報告書より抜粋

表1 直線チューブタイプの臨床成績（米国 IDE G890233）の概要

有効性	評価指標	完全有効 IOP ≤ 21mmHg 投薬なし	条件付き有効 IOP ≤ 21mmHg 投薬有り	条件付き無効 IOP > 21mmHg 投薬有り又は無し	完全無効 眼球痛発現又は緑内障による光覚消失、追加緑内障手術
	比率		完全有効 30.8% (4/13)	条件付き有効 38.5% (5/13)	条件付き無効 23.1% (3/13)
視力は92.3%の患者が術前と1ライン以内の変動					
有害事象	眼絡膜出血	7.69% (1/13)	一過性眼絡膜滲出 23.1% (3/13)	一過性術後前房出血	15.4% (2/13)
	強膜グラフト上の治癒遅延性結膜びらん		7.69% (1/13)		

4 構造・原理

眼圧降下における本品の有用性を示す資料

Objective: To analyze the longer-term surgical outcomes of Ahmed and Baerveldt shunt implants in the treatment of refractory glaucoma.

Design: Retrospective, nonrandomized, comparative trial.

Participants: Consecutive patients who underwent glaucoma shunt implantation (70 Baerveldt, 48 Ahmed) by a single surgeon.

Methods: Follow-up retrospective analysis of 118 consecutive cases of refractory glaucoma that required placement of either Ahmed or Baerveldt shunt implants for intraocular pressure (IOP) control. The longer term clinical course (survival curve analysis up to 48 months) was reviewed.

Main Outcome Measures: The primary outcome measure was surgical success ($6 \text{ mmHg} \leq \text{IOP} \leq 21 \text{ mmHg}$ without additional glaucoma surgery or devastating complication). Secondary outcome measures included mean IOP and number of medications used at the following postoperative visits: day 1, 1 week, 1 month, 3 months, 6 months, and every 6 months thereafter (up to 48 months). In unsuccessful cases, the median time to failure was determined.

Results: No significant differences in success rates were noted at 1, 2, 3, or 4 years after surgery, with 4-year success rates of 62% for the Ahmed group and 64% for the Baerveldt group ($P = 0.843$). Mean IOPs were comparable from 1 to 48 months ($P > 0.05$). However, patients in the Ahmed group required more glaucoma medications at 18, 24, 30, and 36 months ($P < 0.05$). The median times to failure were 3.2 months in the Baerveldt group, compared with 15.0 months in the Ahmed group ($P = 0.009$).

Conclusions: No differences were observed in longer term survival rates and IOP profiles between Ahmed and Baerveldt shunt implants up to 48 months following surgery. Patients in the Baerveldt group were more likely to develop early postoperative hypotony-related complications and failure, whereas patients undergoing Ahmed implants were more likely to be on additional glaucoma medications (starting at 18 months postsurgery) and develop later onset failure. *Ophthalmology* 2006;113:913-917 © 2006 by the American Academy of Ophthalmology

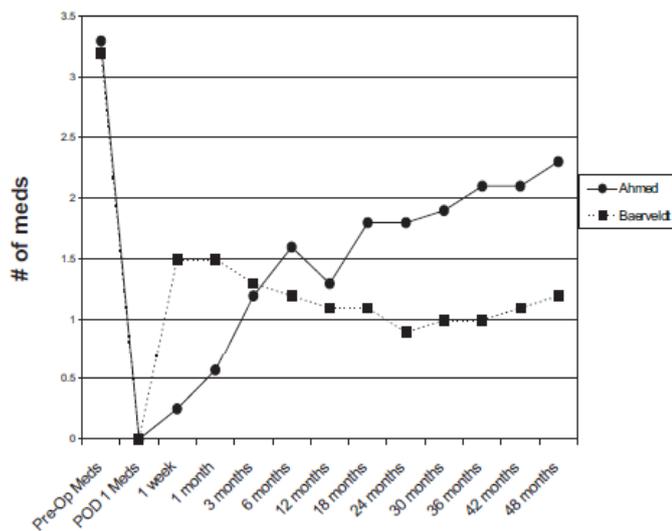


Figure 3. Number of medications. Pre-Op Meds = no. of medications patient was on preoperatively; POD 1 Meds = no. of medications patient was on postoperative day 1.

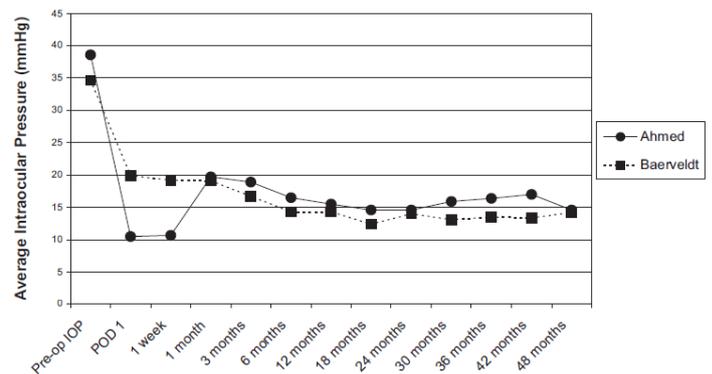


Figure 2. Mean intraocular pressure (IOP) recorded at the various postoperative visits. POD = postoperative day.

※ 上記図において、Baerveldtが本品、Ahmedは類似製品 (本品未承認)

Pre-op = 術前、POD1 = 術後1日

本品を用いることで、緑内障に対する投薬数が減った。

本品を用いることで、平均の眼圧が術前より低下した。

出典 The Ahmed Shunt versus the Baerveldt Shunt for Refractory Glaucoma II
Long-term Outcomes from a Single Surgeon
James C, et al. *Ophthalmology* 2006; 113: 913-917

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 クリオシールCS-1及びクリオシールディスプレイキット
 保険適用希望企業 旭化成クラレメディカル株式会社

決定区分	主な使用目的
C2 (新機能・新技術)	本品は、貯血式自己血輸血を用いて、自己血漿由来の生体組織接着剤を分離・採取するために使用する。 本品を用いることで、ヒト血漿、牛由来成分等、感染症の可能性のある医薬品を使用する必要がなくなる。

○ 保険償還価格

	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
CS-1 (本体)	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価			なし
ディスプレイ キット	70,300円	原価計算方式 営業利益率+15%	0.86	なし

[参考]

○ 企業希望価格

	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
CS-1 (本体)	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価			なし
ディスプレイ キット	104,550円	原価計算方式	1.28	なし

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
CS-1 (本体)	8,200,000円 (100,000ドル)	10,560,000円 (80,000ポンド)	9,605,000円 (85,000ユーロ)	販売実績 なし	9,455,000円
ディスプレイ キット	75,440円 (920ドル)	99,000円 (750ポンド)	71,190円 (630ユーロ)	販売実績 なし	81,876円

1ドル = 82円
 1ポンド = 132円
 1ユーロ = 113円
 (平成22年10月～平成23年9月の
 日銀による為替レートの平均)

製品概要

1 販売名	クリオシールCS-1及びクリオシールディスプレイキット
2 希望業者	旭化成クラレメディカル株式会社
3 使用目的	<p>本品は、貯血式自己血輸血を用いて、自己血漿由来の生体組織接着剤を分離・採取するために使用する。</p> <p>本品を用いることで、ヒト血漿、牛由来成分等、感染症の可能性のある医薬品を使用する必要がなくなる。</p>

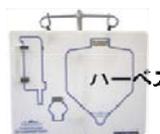
本品

CS-1 本体



付属品


 ガasket


 ハーベストラック

CS-1

血漿処理ユニット



構成品

トロンビン用
添加液

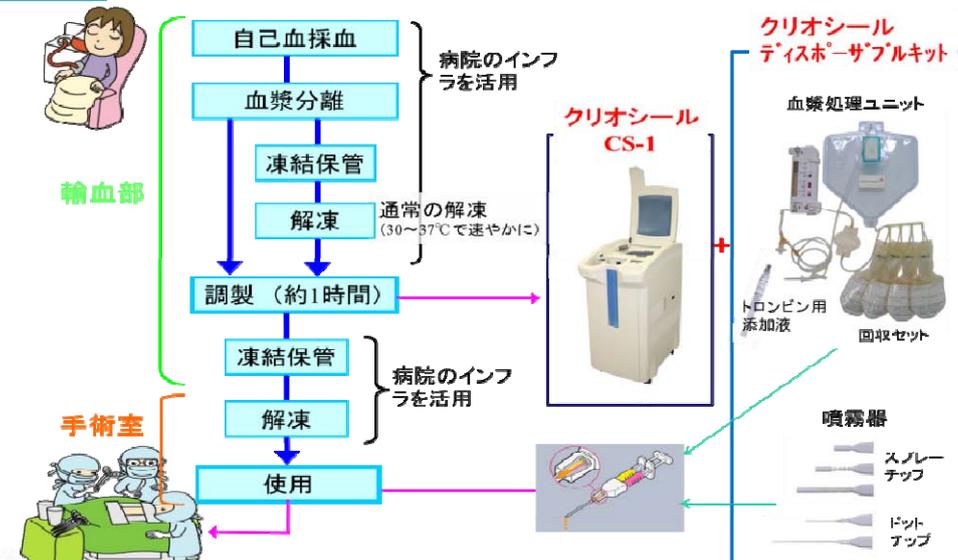
噴霧器


 スプレー
チップ


 ドット
チップ

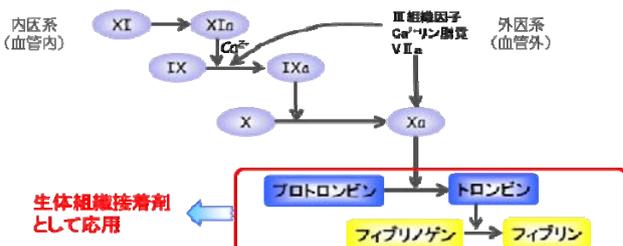
ディスプレイキット

使用方法 クリオシールによる生体組織接着剤調製手順



輸血部 手術室

凝固の原理



体内では、様々な因子が組み合わさって凝固反応が生じる。

本品は血液からトロンビン液等を分離することで、生体組織接着剤を作成する。

全自己フィブリン糊を外科手術の止血補助に使用することの有用性について



Study at a Glance

- ▶ Number of patients: 153
- ▶ Indication: Hemostasis in liver resection surgery
- ▶ Surface area of resected livers:
 - CryoSeal FS: 14 – 258 cm²
 - Control Group: 17 – 279 cm²
- ▶ Study Sites:
 - University of Miami (Lead Site)
Investigator: Dido Franceschi, M.D.
 - University of Southern California Medical Center
Investigator: Linda Sher, M.D.
 - Johns Hopkins
Investigator: Michael Choti, M.D.
 - Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
Investigator: Michael D'Angelica, M.D.
 - University of California, Los Angeles
Investigator: Ronald Busuttil, M.D.
 - Mount Sinai Medical Center
Investigator: Sasan Roayaie, M.D.
 - New York University Medical Center
Investigator: Lewis Teperman, M.D.
 - University of Louisville
Investigator: Kelly McMasters, M.D.
 - Lahey Clinic
Investigator: James Pomposelli, M.D.
 - Vanderbilt Medical Center
Investigator: Ravi Chari, M.D.

Results:

The primary efficacy endpoint for this study was the time to hemostasis (time between application of the study product and when hemostasis was obtained). The median time to reach hemostasis was 3.43 minutes in the FS group compared to 8.65 minutes in the Control group (FIGURE 8). Percentage of patients that achieved hemostasis within 10 minutes was 94.0% for the FS group and 60.4% for the Control group (FIGURE 9). This difference was statistically significant ($p < 0.001$) and satisfied the non-inferiority criterion. The FS also satisfied the superiority criterion in a statistically significant manner ($p < 0.001$). The groups were not different in regards to operative blood loss, operative time, postoperative hospital stay or complications.

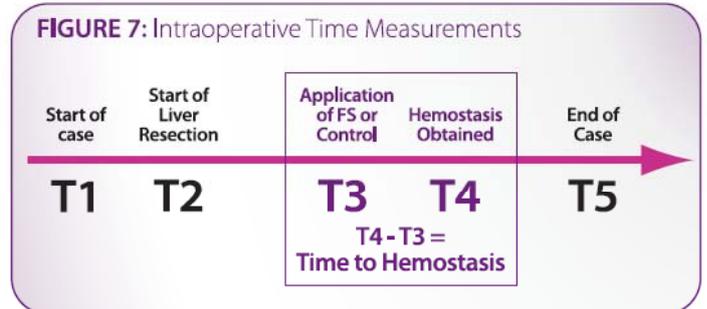
Conclusions:

The results of this trial show that the Fibrin Sealant produced by the CryoSeal FS System is safe, well tolerated, and superior to the collagen absorbable standard of care in this patient population and indication.

Figure 8: Comparison of Time to Hemostasis



Figure 9: Comparison of Percentage of Patients Achieving Hemostasis Within 10 Minutes



本品と吸収性コラーゲン止血材を比較したところ、本品の方が止血にかかる時間が短く、また10分以内に止血できる割合も多かった。

出典・一部改編

A Multiplicenter Randomized Clinical Trial Using Fibrin Sealant, Produced by the CryoSeal FS System in Patients Undergoing Liver Resection

Dido Franceschi, et al.

(米国治験におけるデータを用いた学会 (The Network for Advancement of Transfusion Alternatives Annual Meeting, Malaga, Spain, April 2006) ポスター発表資料)

⑤

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

販売名 AMS800 人工尿道括約筋
 （カフ・コントロールポンプ・圧力調整バルーン・植込みキット）
 保険適用希望企業 タカイ医科工業株式会社

決定区分	主な使用目的
C 2 (個別評価)	本品は、尿道又は膀胱頸部の流出抵抗力の低下（内因性尿道括約筋不全）による尿失禁の治療に使用する。

○ 保険償還価格

	償還価格	算定方法及び類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
カフ	163,000 円	原価計算方式	1.18	なし
コントロールポンプ	408,000 円	原価計算方式	1.18	なし
圧力調整バルーン	149,000 円	原価計算方式	1.18	なし
植込みキット	特定保険医療材料としては設定せず、新規技術料にて評価する。		なし	なし
(材料の合計)	720,000 円			

[参考]

○ 企業希望価格

	償還価格	算定方法及び類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
カフ	207,012 円	原価計算方式	1.5 (外国価格調整を受ける)	なし
コントロールポンプ	520,740 円	原価計算方式	1.5 (外国価格調整を受ける)	なし
圧力調整バルーン	189,416 円	原価計算方式	1.5 (外国価格調整を受ける)	なし
植込みキット	45,986 円	原価計算方式	1.5 (外国価格調整を受ける)	なし
(材料の合計)	963,154 円			

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
カフ	262,400 円 (3,200.00 ドル)	91,962 円 (702.00 ポンド)	102,491 円 (907.00 ユーロ)	95,180 円 (842.30 ユーロ)	138,008 円
コントロール ポンプ	275,930 円 (3,365.00 ドル)	321,867 円 (2,457.00 ポンド)	409,060 円 (3,620.00 ユーロ)	381,782 円 (3,378.60 ユーロ)	347,160 円
圧力調整 バルーン	153,750 円 (1,875.00 ドル)	107,551 円 (821.00 ポンド)	126,560 円 (1,120.00 ユーロ)	117,249 円 (1,037.60 ユーロ)	126,277 円
植込みキット	47,970 円 (585.00 ドル)	23,187 円 (177.00 ポンド)	25,764 円 (228.00 ユーロ)	25,708 円 (227.50 ユーロ)	30,657 円
(材料の合計)	740,050 円	544,567 円	663,875 円	619,919 円	642,103 円

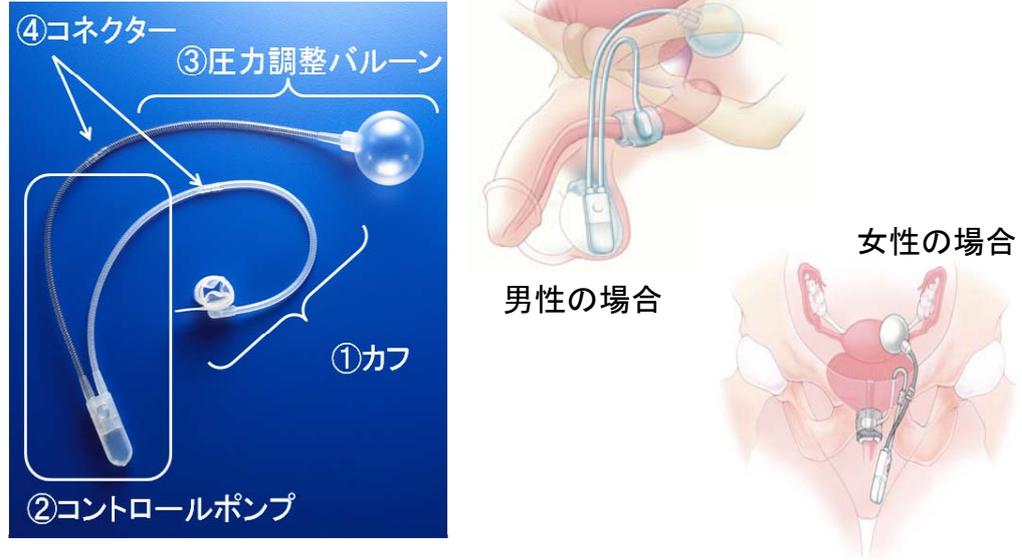
<p>1 ドル = 82 円 1 ポンド = 131 円 1 ユーロ = 113 円 (平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月 の日銀による為替レートの前平均)</p>
--

製品概要

1 販売名	AMS 800 人工尿道括約筋 (カフ・コントロールポンプ・圧力調整バルーン・植込みキット)
2 希望業者	タカイ医科工業株式会社
3 使用目的	本品は、尿道又は膀胱頸部の流出抵抗力の低下（内因性尿道括約筋不全）による尿失禁の治療に使用する。

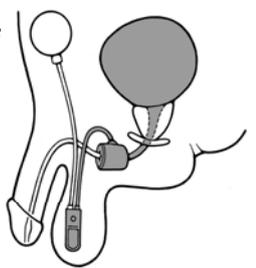
4 構造・原理

本品



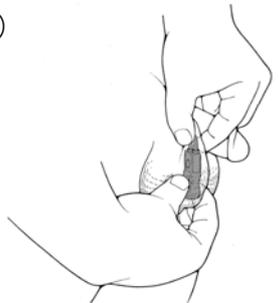
原理

平常時



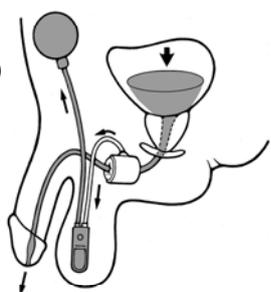
膀胱頸部または球部尿道に巻きつけられたカフ内が、生理食塩水で満たされていることにより、カフが閉じられており、膀胱に尿が溜まる状態

排尿時①



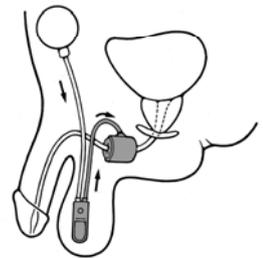
陰囊(陰唇)に留置されたコントロールポンプを数回つまむ

排尿時②



カフの中の生理食塩水がコントロールポンプを経由して圧力調整バルーンに移動し、尿道が開放され、排尿が可能になる

排尿後



上昇した圧力調整バルーン内の圧力により、圧媒液が自動的にカフに戻る。カフが再び閉じられ、平常時の状態に戻る

人工尿道括約筋の有用性について

Objectives: Although the artificial urinary sphincter (AUS) is one of the most effective surgical treatments for severe urinary incontinence, little is known about its use in Japan. A nationwide survey was done to determine contemporary trends in AUS use and its long-term durability.

Methods: Data on AUS units sold in Japan were provided directly by Takai Hospital Supply Co., Ltd., Tokyo, Japan, and a survey form was sent to all 44 institutes where AUS implantation had been carried out. The survey included various demographic and preoperative variables, surgical variables, and postoperative outcomes.

Results: Between 1994 and 2007, a total of 100 AUS devices had been provided in Japan. Of the 44 institutes, 24 responded to the survey, and a total of 64 patients were enrolled in the study. Post-urological surgery incontinence accounted for 81.3% of the indications. During the mean follow-up of 50 months, mechanical failure occurred in four (6.2%), and the device was removed in 13 (20.3%) due to infection (14.0%), erosion (4.7%), or urination difficulty (1.5%). Of the 58 patients evaluated, 91.4% reported social continence. Five- and 10-year failure-free rates were 74.8% and 70.1%, respectively. On multivariate analysis, operative time was an independent predictor of treatment failure ($P = 0.0334$).

Conclusions: Considering recent trends in prostate surgery, the AUS may be significantly underused in Japan. Although excellent long-term durability has been achieved, a learning effect appears to be evident. The Japanese urological community needs to provide appropriate patients with this treatment option.

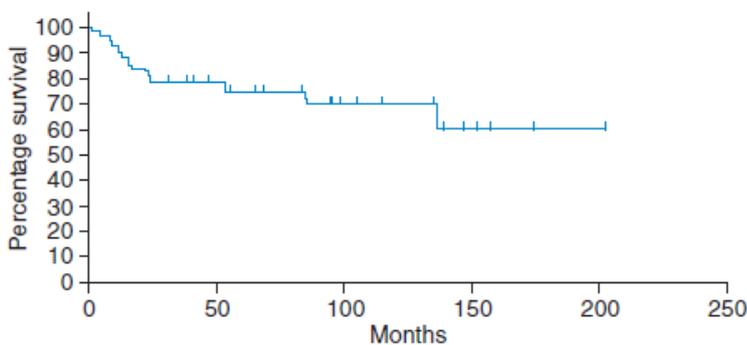


Fig. 2 Treatment failure-free survival in 64 patients with artificial urinary sphincter implantation. Five- and 10-year failure-free rates were 74.8% and 70.1%, respectively.

日本国内で行われた人工尿道括約筋植込み後の追跡によって、5年後の治療奏功率は74.8%、10年後の治療奏功率は70.1%であった。

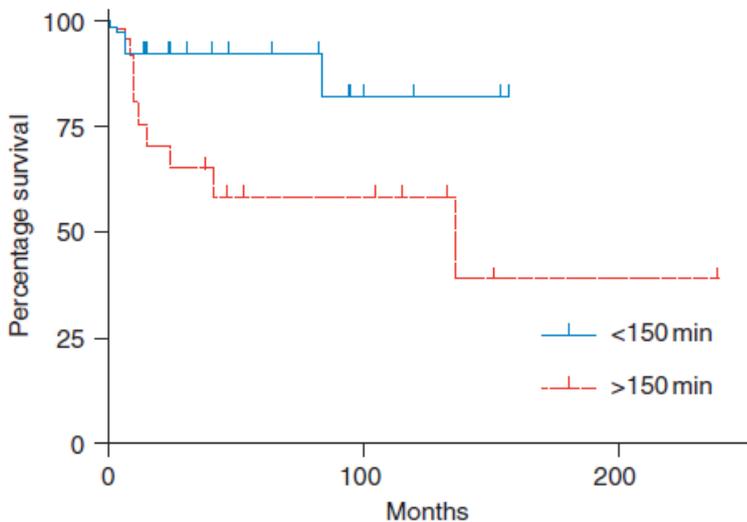


Fig. 3 Treatment failure-free survival by operative time. $P < 0.05$.

出典: Current use of the artificial urinary sphincter and its long-term durability: A nationwide survey in Japan
Yoichi Arai, Mineo Takei, Katsuya Nonomura, Shiro Baba, Tomonori Habuchi, Tadashi Matsuda, Satoru Takahashi, Mikio Igawa, Yasuhiro Kaiho and Haruo Nakagawa

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

⑥

販売名 da Vinci サージカルシステム
 保険適用希望企業 ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

決定区分	主な使用目的
C2 (新機能・新技術)	本品は、一般消化器外科、胸部外科（心臓外科を除く）、泌尿器科及び婦人科の各領域において、内視鏡手術を実施する際に、術者の手術器具操作を支援する装置である。 術者はステレオビューワで術野の三次元映像を見ながら、マスターコントローラを操作して内視鏡手術器具を操作する。

○ 保険償還価格

償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
	前立腺悪性腫瘍手術のみ保険適用とする。 特定保険医療材料としては設定せず、新規技術料で評価する		なし

[参考]

○ 企業希望価格

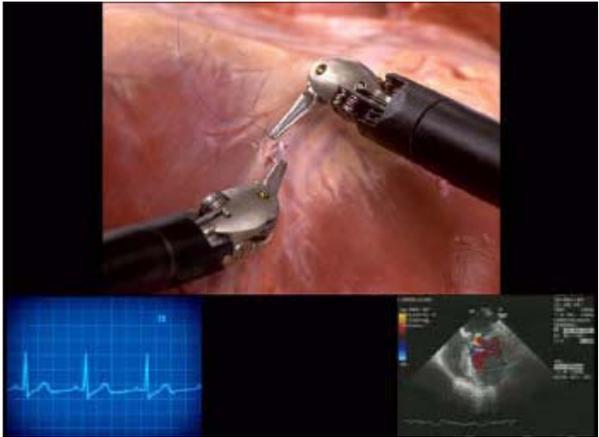
償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料で評価する		なし

○ 諸外国におけるリストプライス（本体）

アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
123,000,000 円 (1,500,000 ドル)	178,200,000 円 (1,350,000 ポンド)	163,850,000 円 (1,450,000 ユーロ)	163,850,000 円 (1,450,000 ユーロ)	157,225,000 円

1 ドル = 82 円
 1 ポンド = 132 円
 1 ユーロ = 113 円
 （平成 22 年 10 月～平成 23 年 9 月の
 日銀による為替レートの平均）

製品概要

1 販売名	da Vinci サージカルシステム
2 希望業者	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
3 使用目的	<p>本品は、一般消化器外科、胸部外科（心臓外科を除く）、泌尿器科及び婦人科の各領域において、内視鏡手術を実施する際に、術者の手術器具操作を支援する装置である。</p> <p>術者はステレオビューで術野の三次元映像を見ながら、マスターコントローラを操作して内視鏡手術器具を操作する。</p>
4 構造・原理	<div style="text-align: center;"> <div data-bbox="400 573 630 640" style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; display: inline-block;">本品</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="486 1025 730 1059">サージョンコンソール</div> <div data-bbox="837 1025 1045 1059">パシエントカート</div> <div data-bbox="1204 992 1364 1025">ビジョンカート</div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="400 1077 719 1122" style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px; display: inline-block;">手術を行っているところ</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;">  </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="1069 1787 1452 1870" style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> 術者は三次元映像を見ながら、内視鏡の操作を行う。 </div> </div>

根治的前立腺全摘除術において、内視鏡下手術用ロボット支援を用いることの有用性について

合併症の発生について

腹腔鏡

ロボット支援

TABLE 2. LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: PERIOPERATIVE OUTCOMES

TABLE 3. ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY: PERIOPERATIVE OUTCOMES

Authors	Year of publication	Patients (N)	Surgical volume	Mean/median age (years)	Preop PSA (ng/mL)	Clinical stage			Operative time (min)	EBL (mL)	% Transfused	Open conversion (%)	Hospital length of stay (days)	Complication rate (%)	Authors	Year of publication	Patients (N)	Surgical volume	Mean/median age (year)	Preop PSA (ng/mL)	Clinical stage			Operative time (min)	Mean EBL (mL)	% Transfused	Open conversion (%)	Hospital length of stay (days)	Complication rate (%)
						T _{1c} (%)	T ₂ (%)	T ₃ (%)													T _{1c}	T ₂	T ₃						
Guilonneau ³⁷	2005	1000	240 LRPs/y	63	10	66.5	33.1	-	-	-	-	-	-	-	Hu ⁴³	2006	322	297 RPs/y ^a	62.1	-	74.50	24.80	186	250	1.60	0	-	14.60	
Rosswiler ³⁸	2004	850	193 LRPs/y	64	11.8	-	-	228	-	-	-	-	-	-	Joseph ⁴⁸	2006	325	162 RARPs/y	60	6.6	81.00	19.00	130	196	1.30	0.00	-	8.60	
Gonzalzo ³⁹	2005	250	83 LRPs/y	57.6	6.4	68.8	30.8	-	2.8	1.6	2.5	13.8	2.5	13.8	Badani ⁴⁹	2007	2766	461 RARPs/y	60.2	6.4	77.30	22.00	154	142	1.50	0.10	1.14	12.20	
Rozet ⁴⁰	2005	600	300 LRPs/y	62	7.4	61	36.7	173	380	1.2	0.16	6.3	11.2	6.3	Nelson ²⁸	2007	629	334 RPs/y ^b	59.3	6.4	-	-	-	-	-	-	1.17	17	
Stolzenburg ⁴¹	2005	700	234 LRPs/y	63.4	10.7	-	-	151	220	0.9	0	-	12.1	12.8	Borin ⁵⁰	2007	400	c	61.2	6.6	68	26.5	-	105.5	-	-	1	-	
Lein ⁴²	2006	1000	230 LRPs/y	62	8.78	-	-	266	-	2.2	0	7	12.8	7	Zorn ⁵¹	2007	744	233 RARPs/y	59.6	6.6	74	26	234	222	1.20	1.20	1.2	-	
Hu ⁴³	2006	358	297 RPs/y ^a	63.7	-	72.90	24.1	246	200	2.2	0.8	4.2	27.7	4.2	Schroeck ³⁰	2008	362	234 RPs/y	59.2	5.4	83.10	16.90	-	150	-	1.60	-	-	
Curto ⁴⁴	2006	425	370 LRPs/y	62	7.14	65	32.8	100	200	-	-	4.3	-	4.3	Chan ⁵¹	2008	660	220 RARPs/y	60	6.8	75.30	24.70	207	140	0.80	0.90	1.3	-	
Goeman ⁴⁵	2006	550	110 LRPs/y	62.4	10.1	77.40	20.6	188	390	4.7	0.5	4.6	10.9	4.6	Patel ⁵²	2008	1500	c	61	6.1	78	20	105	111	0.50	0	1.1	4.30	
Rosswiler ⁴⁶	2006	5824	74 LRPs/y/center ^b	64	7.14	65	32.8	100	200	4.1	2.4	2.4	8.9	2.4	Krambeck ³⁵	2009	294	120 RARPs/y	61	4.9	72.8	26.9	236	-	5.1	-	-	8	
Touijer ³³	2008	612	210 LRPs/y	60	5.3	70	30	199	315	3.00	-	2	15.5	2	Murphy ⁵³	2009	400	154 RARPs/y	60.2	7	69.70	30.30	186	-	2.5	0.30	3.1	15.70	
Pavlovich ⁴⁷	2008	528	122 LRPs/y	63.6	6.6	66.5	36.5	-	-	-	-	-	-	-	Ham ⁵⁴	2009	321	107 RARPs/y ^c	65.5	20.7	-	-	210	102	1.2	1.2	3.1	15.6	
Weighted means				62.9	8.8	69.2	30.4	205	291.5	3.5	1.76	4.87	10.98		Weighted means				60.4	7.23	76.2	22.8	162.6	1.4	0.34	1.43	10.3		

^aTotal number of radical prostatectomies included in the comparative study per year (LRP and RARP combined).

^bMulti-institutional study; Number of LRPs per year per institution.

Preop = preoperative; PSA = prostate-specific antigen; EBL = estimated blood loss; LRP = laparoscopic radical prostatectomy; RP = radical prostatectomy; RARP = robot-assisted radical prostatectomy.

^aTotal number of RPs included in the comparative study per year (LRP and RARP combined).

^bTotal number of RPs included in the comparative study per year (RRP and RARP combined).

c = time frame of the study not reported; Preop = preoperative; PSA = prostate-specific antigen; EBL = estimated blood loss; RP = radical prostatectomy; RARP = robot-assisted radical prostatectomy.

出血量 輸血割合 開腹への移行 在院日数

当該機器を用いることで、腹腔鏡と比較し、出血量の減少、輸血割合の減少、開腹手術への移行割合の減少、在院日数の減少など、合併症の発生が減少すること、また断端陽性率の減少など、治療効果の向上が期待される。

治療成績に関する事項について

腹腔鏡

ロボット支援

TABLE 5. LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY: ONCOLOGIC OUTCOMES

TABLE 6. ROBOT-ASSISTED RADICAL PROSTATECTOMY: ONCOLOGIC OUTCOMES

Authors	Year of publication	Patients (N)	Pathologic staging			Positive surgical margins			Overall (%)	Authors	Year of Publication	Patients (N)	Pathologic staging			Positive surgical margins			Overall (%)
			pT ₂ (%)	pT ₃ (%)	pT ₄ (%)	pT ₂ (%)	pT ₃ (%)	Overall (%)					pT ₂ (%)	pT ₃ (%)	pT ₄ (%)	pT ₂ (%)	pT ₃ (%)	Overall (%)	
Guilonneau ³⁷	2003	1000	77.5	21.9	-	15.5	31.1	19.2	Joseph ⁴⁸	2006	325	81.00	19.00	-	-	-	13.00	13.00	
Rosswiler ³⁸	2004	850	58.4	36.5	3.7	7.08	38.6	22	Badani ⁴⁹	2007	2766	77.70	22.00	0.30	13.00	35.00	12.30	12.30	
Rozet ⁴⁰	2005	600	72	28	-	14.6	26.2	17.8	Zorn ⁵¹	2007	744	-	-	-	12.90	44.80	18.80	18.80	
Stolzenburg ⁴¹	2005	700	55.4	43.9	0.6	10.8	31.2	19.7	Borin ⁵⁰	2007	400	73.5	26.5 (pT ₃ + pT ₄)	-	6.1	31.9	12.5	12.5	
Lein ⁴²	2006	1000	70.2	29.4	0.4	15	54.6	27	Tewari ⁵⁸	2008	700	83.5	13.6	2.9	5.4	-	-	-	
Curto ⁴³	2006	425	58.5	41.3	-	21.9	43.3	30.7	Schroeck ³⁰	2008	362	79.30	20.70	0	-	-	-	29.30	
Rosswiler ⁴⁴	2006	5824	60.7	36.7	1.9	10.6	39.4	21.2	Chan ⁵¹	2008	660	80.60	19.40	0	11.30	45.00	17.90	17.90	
Goeman ⁴⁵	2006	550	55.8	38.7	5.4	17.9	44.8	31.3	Patel ⁵²	2008	1500	78.30	19.50	1.50	4.00	34.00	9.30	9.30	
Pavlovich ⁴⁷	2008	528	81.5	17.5	-	8.2	39.9	13.7	Murphy ⁵³	2009	400	70	29.80	0.20	9.60	42.30	19.20	19.20	
Touijer ³³	2008	612	-	26 EPE	-	-	-	11	Krambeck ³⁵	2009	294	90.1	9.9 (pT ₃ + pT ₄)	-	-	-	15.6	15.6	
Weighted means			64	32.6	3.6	12.4	39.2	21.3	Weighted means			78.7	20.5	0.8	9.6	37.1	13.6		

EPE = extraprostatic extension; SVI = seminal vesicle invasion.

病期ごとの断端陽性率

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

保険適用希望企業：ノーベル・バイオケア・ジャパン株式会社

【1】

販売名 グルーヴィーインプラント

(ブローネマルクシステムザイゴマタイユナイト、ブローネマルクシステム、ブローネマルクシステムザイゴマヒーリングアバットメント、ザイゴマ マルチユニットアバットメント)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
グルーヴィーインプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマタイユナイト	C 2 (新機能・ 新技術)	広範囲な上顎欠損のある患者に対し使用する、上部構造体を支えるための支台として用いられる。
グルーヴィーインプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマ マルチユニットア バットメント	C 2 (新機能・ 新技術)	広範囲上顎欠損患者に対し使用する、人工歯根本体部(フィクスチャ)の延長部として用いられる。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
グルーヴィーインプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマタイユナイト	85,900 円	原価計算方式	1.2
グルーヴィーインプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマ マルチユニットア バットメント	27,500 円	原価計算方式	1.28

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
グルーヴィーインプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマタイユナイト	86,927 円	原価計算方式	1.21
グルーヴィーインプラント	ブローネマルクシステム ザイゴマ マルチユニット アバットメント	32,002 円	原価計算方式	1.49

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
グルーヴィーインプラント (ブローネマルクシステム ザイゴマタイユナイト)	55,596 円 678(ドル)	60,915 円 465(ポンド)	100,457 円 889(ユーロ)	69,382 円 614(ユーロ)	71,588 円
グルーヴィーインプラント (ブローネマルクシステム ザイゴマ マルチユニット アバットメント)	18,450 円 225(ドル)	28,165 円 215(ポンド)	17,967 円 159(ユーロ)	21,470 円 190(ユーロ)	21,513 円

1 ドル = 82 円

1 ポンド = 131 円

1 ユーロ = 113 円

(平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月の日銀による為替レートの平均)

【2】

販売名

ノーベルインプラント タイユナイト
(ブローネマルクシステムMk III及びMk IV)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
ノーベルインプラントタイユナイト	ブローネマルクシステムMk III及びMk IV	C 2 (新機能・新技術)	歯科用インプラントシステムのうち、天然歯が失われた場合の人工歯根本体部。補綴物の支持固定を目的として用いられる。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ノーベルインプラントタイユナイト	ブローネマルクシステムMk III及びMk IV	35,300 円	原価計算方式	1.11

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ノーベルインプラントタイユナイト	ブローネマルクシステムMk III及びMk IV	43,183 円	原価計算方式	1.36

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
ノーベルインプラントタイユナイト (ブローネマルクシステムMk III及びMk IV)	29,766 円 363(ドル)	32,095 円 245(ポンド)	33,787 円 299(ユーロ)	31,651 円 280.10(ユーロ)	31,825 円

1 ドル = 82 円
1 ポンド = 131 円
1 ユーロ = 113 円
(平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月の日銀による為替レートの平均)

【3】

販売名

ボールアバットメント

(ボールアバットメント、ゴールドキャップボールアバットメント用)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
ボールアバットメント	ボールアバットメント	C 2 (新機能・ 新技術)	無歯顎の補綴修復を目的としてオーバーデンチャーを固定するため、顎骨内に埋め込まれたインプラント体と接続するアバットメント。
ボールアバットメント	ゴールドキャップ ボールアバットメント用	C 2 (新機能・ 新技術)	無歯顎の補綴修復を目的としてオーバーデンチャーを固定するため装着されたアバットメントと、オーバーデンチャーの接続に用いられる、アバットメントのキャップ。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ボールアバットメント	ボールアバットメント	18,100 円	原価計算方式	1.4
ボールアバットメント	ゴールドキャップ ボールアバットメント用	11,400 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ボールアバットメント	ボールアバットメント	19,140 円	原価計算方式	1.48
ボールアバットメント	ゴールドキャップ ボールアバットメント用	11,422 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
ボールアバットメント (ボールアバットメント)	11,070 円 135(ドル)	11,659 円 89(ポンド)	14,238 円 126(ユーロ)	14,803 円 131(ユーロ)	12,943 円
ボールアバットメント (ゴールドキャップ ボールアバットメント用)	6,724 円 82(ドル)	8,253 円 63(ポンド)	8,136 円 72(ユーロ)	7,345 円 65(ユーロ)	7,615 円

1 ドル = 82 円
 1 ポンド = 131 円
 1 ユーロ = 113 円
 (平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月
 の日銀による為替レートの平均)

【4】

販売名 ロケーターアタッチメント
(ロケーターリテンションディスク)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
ノーベルロケーターアタッチメント	ロケーターリテンションディスク	C2 (新機能・新技術)	義歯から歯科用インプラントアバットメントにかかる荷重を和らげるための緩衝材として使用される、交換用キャップ。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ノーベルロケーターアタッチメント	ロケーターリテンションディスク	3,250 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ノーベルロケーターアタッチメント	ロケーターリテンションディスク	3,250 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
ノーベルロケーターアタッチメント (ロケーターリテンションディスク)	1,722 円 21(ドル)	2,096 円 16(ポンド)	3,051 円 27(ユーロ)	1,808 円 16(ユーロ)	2,169 円

1 ドル = 82 円
1 ポンド = 131 円
1 ユーロ = 113 円
(平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月の日銀による為替レートの平均)

【5】

販売名 ヒーリングアバットメント
(ヒーリングアバットメント ブローネマルクシステム)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
ヒーリングアバットメント	ヒーリングアバットメント ブローネマルクシステム	C2 (新機能・新技術)	フィクスチャ埋入後の顎骨治癒期間中に、内部構造の保護を目的にフィクスチャに被せられるアバットメント。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ヒーリングアバットメント	ヒーリングアバットメント ブローネマルクシステム	6,730 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ヒーリングアバットメント	ヒーリングアバットメント ブローネマルクシステム	6,730 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
ヒーリングアバットメント (ヒーリングアバットメント ブローネマルクシステム)	4,756 円 58(ドル)	4,716 円 36(ポンド)	4,520 円 40(ユーロ)	3,955 円 35(ユーロ)	4,487 円

1 ドル = 82 円
1 ポンド = 131 円
1 ユーロ = 113 円
(平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月の日銀による為替レートの平均)

【6】

販売名 ノーベルバイオケア インプラントシステム (未滅菌)
(ヒーリングキャップ)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
ノーベルバイオケア インプラントシステム(未滅菌)	ヒーリングキャップ	C2 (新機能・ 新技術)	アバットメント装着後、歯肉の治癒期間にアバットメントの内部構造を保護するために使用するキャップ

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ノーベルバイオケア インプラントシステム (未滅菌)	ヒーリングキャップ	2,500 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ノーベルバイオケア インプラントシステム(未滅菌)	ヒーリングキャップ	2,503 円	原価計算方式	1.5 (外国平均価格の調整を受ける)

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
ノーベルバイオケア インプラントシステム (未滅菌) (ヒーリングキャップ)	1,148 円 14(ドル)	1,572 円 12(ポンド)	2,260 円 20(ユーロ)	1,695 円 15(ユーロ)	1,669 円

1 ドル = 82 円
1 ポンド = 131 円
1 ユーロ = 113 円
(平成 22 年 11 月～平成 23 年 10 月の日銀による為替レートの平均)

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

保険適用希望企業：石福金属興業株式会社

【1】

販売名 アイ・エイ・ティー フィットⅡ

（2ステージスクリュー、スクリューリテンドアバットメント、スクリューリテンドキャップ、カバースクリュー、アバットメントスクリュー）

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
アイ・エイ・ティー フィットⅡ	2ステージスクリュー	C 2 (新機能・ 新技術)	アバットメント装着後、歯肉の治癒期間にアバットメントの内部構造を保護するために使用するキャップ
アイ・エイ・ティー フィットⅡ	スクリューリテンド アバットメント	C 2 (新機能・ 新技術)	インプラントシステムのうち、人工歯根本体部の延長部として用いられる。
アイ・エイ・ティー フィットⅡ	スクリューリテンド キャップ	C 2 (新機能・ 新技術)	アバットメント装着後、最終補綴物を被せるまでの間、アバットメントの内部構造を保護するため被せられるキャップ
アイ・エイ・ティー フィットⅡ	カバースクリュー	C 2 (新機能・ 新技術)	フィクスチャ埋入後の顎骨治癒期間中に、内部構造の保護を目的にフィクスチャに被せられるアバットメント
アイ・エイ・ティー フィットⅡ	アバットメントスク リュー	C 2 (新機能・ 新技術)	アバットメントを固定するために使用されるスクリュー

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	2ステージスクリー ー	19,300 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	スクリーリテンド アバットメント	13,500 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	スクリーリテンド キャップ	5,260 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	カバースクリー ー	3,450 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	アバットメントスク リュー	2,680 円	原価計算方式	販売実績なし

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	2ステージスクリー ー	22,501 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	スクリーリテンド アバットメント	15,676 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	スクリーリテンド キャップ	6,121 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	カバースクリー ー	4,012 円	原価計算方式	販売実績なし
アイ・エイ・ティ ーフィットⅡ	アバットメントスク リュー	3,122 円	原価計算方式	販売実績なし

○ 諸外国におけるリストプライス

いずれの製品も海外における販売実績なし

【2】

販売名 ゴールドシリンダー
 (ゴールドシリンダー)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
ゴールドシリンダー	ゴールドシリンダー	C 2 (新機能・ 新技術)	人工歯根の上部構造体上に補綴物を構築するための特定形状の鋳接用内冠

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ゴールドシリンダー	ゴールドシリンダー	7,890 円	原価計算方式	販売実績なし

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
ゴールドシリンダー	ゴールドシリンダー	9,182 円	原価計算方式	販売実績なし

○ 諸外国におけるリストプライス

海外における販売実績なし

【3】

販売名

ゼファー10、ロードシルビア、KIK アトラス、ピージーエー55、ピージーエー21、
ピージーエー73 ピーゼット、白金色ロウ、K16 ロウ、KIK 用ロウ 2、ニューKIK ロウ

販売名	一般的名称	決定区分	主な使用目的
ゼファー10	歯科メタルセラミック修復用 貴金属材料	C 2 (新機能・ 新技術)	歯科メタルセラミック修復用の貴金属材料。 クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製に用いる。
ロードシルビア	歯科メタルセラミック修復用 貴金属材料	C 2 (新機能・ 新技術)	歯科メタルセラミック修復用の貴金属材料。 クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製に用いる。
KIK アトラス	歯科メタルセラミック修復用 貴金属材料	C 2 (新機能・ 新技術)	歯科メタルセラミック修復用の貴金属材料。 クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製に用いる。
ピージーエー55	歯科鑄造用 低カラット金合金	C 2 (新機能・ 新技術)	歯科鑄造用の低カラット金合金。 クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製に用いる。
ピージーエー21	歯科鑄造用 金合金	C 2 (新機能・ 新技術)	歯科鑄造用の金合金。 クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製に用いる。
ピージーエー73 ピーゼット	歯科鑄造用 低カラット金合金	C 2 (新機能・ 新技術)	歯科鑄造用の低カラット金合金。 クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製に用いる。
白金色ロウ	歯科用金ろう	C 2 (新機能・ 新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製において、歯科用金属同士の接合 に用いる歯科用の金ろう。
K16 ロウ	歯科用金ろう	C 2 (新機能・ 新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製において、歯科用金属同士の接合 に用いる歯科用の金ろう。
KIK 用ロウ 2	歯科用金ろう	C 2 (新機能・ 新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製において、歯科用金属同士の接合 に用いる歯科用の金ろう。
ニューKIK ロウ	歯科用金ろう	C 2 (新機能・ 新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部 構造の作製において、歯科用金属同士の接合 に用いる歯科用の金ろう。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
ゼファー10				なし
ロードシルビア				
KIK アトラス				
ページーエー55				
ページーエー21				
ページーエー73 ピーゼット				
白金色ロウ				
K16 ロウ				
KIK 用ロウ 2				
ニューKIK ロウ				
	特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価			

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
ゼファー10	3,436 円 / g	原価計算方式	販売実績なし	なし
ロードシルビア	5,957 円 / g			
KIK アトラス	8,315 円 / g			
ページーエー55	4,821 円 / g			
ページーエー21	6,668 円 / g			
ページーエー73 ピーゼット	5,960 円 / g			
白金色ロウ	4,860 円 / g			
K16 ロウ	5,302 円 / g			
KIK 用ロウ 2	8,236 円 / g			
ニューKIK ロウ	7,220 円 / g			

○ 諸外国におけるリストプライス

いずれの製品も海外における販売実績なし

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

保険適用希望企業 デンツプライ三金株式会社

【1】

販売名 アンキロス
 (アンキロス インプラント)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
アンキロス	アンキロス インプラント	C2 (新機能・ 新技術)	歯科用インプラントシステムのうち、天然歯 が失われた場合の人工歯根本体部。 補綴物の支持固定を目的として用いられる。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比
アンキロス	アンキロス インプラント	22,700 円	原価計算方式	1.04

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格 との比
アンキロス	アンキロス インプラント	24,566 円	原価計算方式	1.12

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
アンキロス (アンキロス インプラント)	24,300 円 300(ドル)	不明	19,549 円 173(ユーロ)	不明	21,924 円

1 ドル = 81 円
 1 ポンド = 130 円
 1 ユーロ = 113 円
 (平成 22 年 12 月～平成 23 年 11 月
 の日銀による為替レートの平均)

【2】

販売名 アンキロスSCアバットメント
 (SCストレート及びSCプリアングルドアバットメント、シリコーンキャップ)

販売名	構成品名	決定区分	主な使用目的
アンキロスSCアバットメント	SCストレート及びSCプリアングルドアバットメント	C2 (新機能・新技術)	歯科用インプラントシステムのうち、天然歯が失われた場合の人工歯根本体部。補綴物の支持固定を目的として用いられる。
アンキロスSCアバットメント	シリコーンキャップ	C2 (新機能・新技術)	無歯顎の補綴修復を目的として義歯又はオーバーデンチャーを固定するため装着されたアバットメントと、義歯又はオーバーデンチャーの接続に用いられる、アバットメントのキャップ。

○ 保険償還価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
アンキロスSCアバットメント	SCストレート及びSCプリアングルドアバットメント	13,400円	原価計算方式	1.03
アンキロスSCアバットメント	シリコーンキャップ	13,200円	原価計算方式	1.04

[参考]

○ 企業希望価格

販売名	構成品名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比
アンキロスSC アバットメント	SCストレート及び SCプリアングルド アバットメント	14,130 円	原価計算方式	1.09
アンキロスSC アバットメント	シリコーン キャップ	13,852 円	原価計算方式	1.09

○ 諸外国におけるリストプライス

	アメリカ合衆国	連合王国	ドイツ	フランス	外国平均価格
アンキロスSCアバットメント(SCストレート及びSCプリアングルドアバットメント)	不明	不明	不明	不明	12,956 円 (推定実勢価)
アンキロスSCアバットメント(シリコーンキャップ)	不明	不明	不明	不明	12,745 円 (推定実勢価)

※推定実勢価の算出方法

(1) SCストレート及びSCプリアングルドアバットメント

アンキロスインプラントの海外実勢価が 21,924 円、輸入原価が 70.63€。

したがって、海外実勢価と輸入原価の比が同じと考え、輸入原価 41.74€の SC アバットメントの推定実勢価を以下の通り試算。

$$21,924 \quad : \quad \text{推定実勢価} \quad = \quad 70.63 \quad : \quad 41.74$$

$$\text{推定実勢価} \quad = \quad 21,924 \times 41.74 / 70.63 = 12,956$$

(2)

アンキロスインプラントの海外実勢価が 21,924 円、輸入原価が 70.63€。

したがって、海外実勢価と輸入原価の比が同じと考え、輸入原価 41.06€の SC アバットメントの推定実勢価を以下の通り試算。

$$21,924 \quad : \quad \text{推定実勢価} \quad = \quad 70.63 \quad : \quad 41.06$$

$$\text{推定実勢価} \quad = \quad 21,924 \times 41.06 / 70.63 = 12,745$$

1 ドル = 81 円
1 ポンド = 130 円
1 ユーロ = 113 円
(平成 22 年 12 月～平成 23 年 11 月 の日銀による為替レートの平均)

医療機器に係る保険適用決定区分及び価格（案）

保険適用希望企業：山本貴金属地金株式会社

【1】

販売名

ゼオメタル 87、スーパークリスタル KP-5、ブライティス、ネクシオキャスト、
 エクセレントソルダー、ゴールドプレソルダー、ワイピーK18 ソルダー、
 ゼオセライト、ツイニー

販売名	一般的名称	決定区分	主な使用目的
ゼオメタル 87	歯科メタルセラミック修復用貴金属材料	C 2 (新機能・新技術)	歯科メタルセラミック修復用の貴金属材料。クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製に用いる。
スーパークリスタル KP-5	歯科メタルセラミック修復用貴金属材料	C 2 (新機能・新技術)	歯科メタルセラミック修復用の貴金属材料。クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製に用いる。
ブライティス	歯科メタルセラミック修復用貴金属材料	C 2 (新機能・新技術)	歯科メタルセラミック修復用の貴金属材料。クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製に用いる。
ネクシオキャスト	歯科鋳造用金合金	C 2 (新機能・新技術)	歯科鋳造用の金合金。クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製に用いる。
エクセレントソルダー	歯科用金ろう	C 2 (新機能・新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製において、歯科用金属同士の接合に用いる歯科用の金ろう。
ゴールドプレソルダー	歯科用金ろう	C 2 (新機能・新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製において、歯科用金属同士の接合に用いる歯科用の金ろう。
ワイピーK18 ソルダー	歯科用金ろう	C 2 (新機能・新技術)	クラウン、デンチャー等のインプラント上部構造の作製において、歯科用金属同士の接合に用いる歯科用の金ろう。
ゼオセライト	歯科メタルセラミック修復用陶材	C 2 (新機能・新技術)	歯科メタルセラミック修復物の作製に用いる焼付用陶材。
ツイニー	歯冠用硬質レジン	C 2 (新機能・新技術)	前装冠、ジャケット冠及びブリッジによる歯冠修復又は暫間被覆冠等の製作若しくは口腔内外の人工歯冠の修復に用いるレジン。

○ 保険償還価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
ゼオメタル 87				なし
スーパークリスタル KP-5				
ブライティス				
ネクシオキャスト				
エクセレントソルダー				
ゴールドプレソルダー				
ワイピーK18 ソルダー				
ゼオセライト				
ツイニー				
特定保険医療材料としては設定せず、 新規技術料において評価				

[参考]

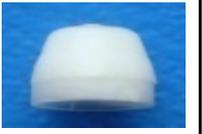
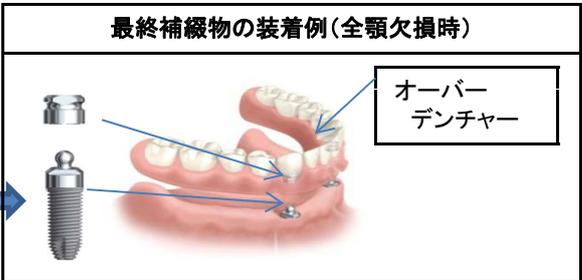
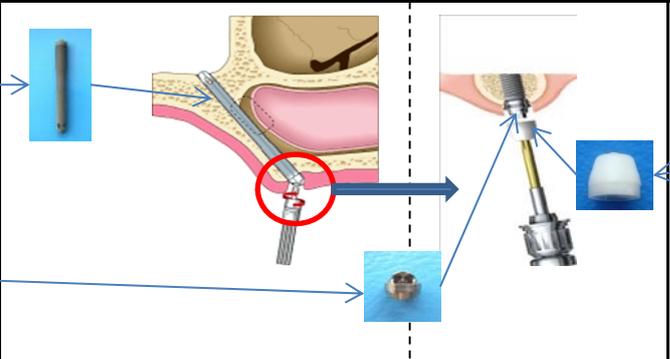
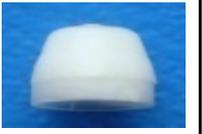
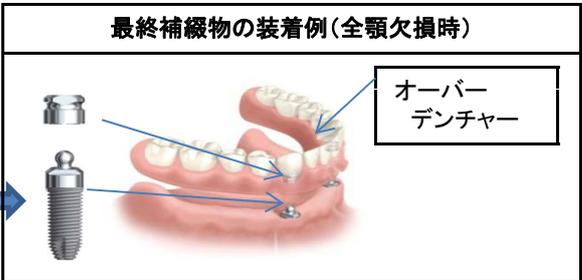
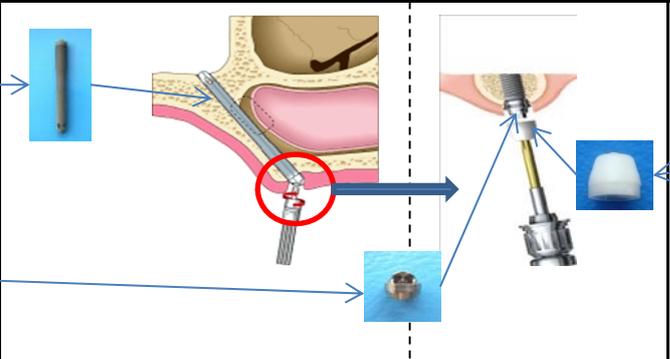
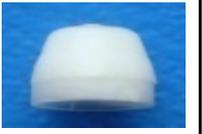
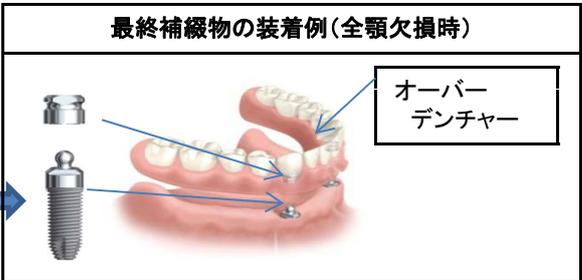
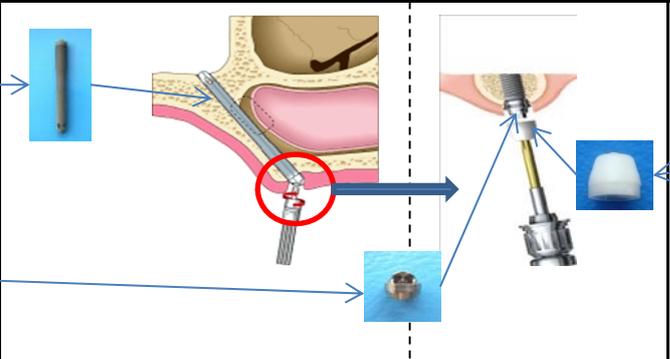
○ 企業希望価格

販売名	償還価格	類似機能区分	外国平均価格との比	暫定価格
ゼオメタル 87	4,963 円 / g	原価計算方式	販売実績なし	なし
スーパークリスタル KP-5	4,435 円 / g			
ブライティス	3,592 円 / g			
ネクシオキャスト	4,056 円 / g			
エクセレントソルダー	4,537 円 / g			
ゴールドプレソルダー	4,792 円 / g			
ワイピーK18 ソルダー	3,919 円 / g			
ゼオセライト	124 円 / g			
ツイニー	902 円 / g	類似機能区分 比較方式 (有用性加算 30%)		

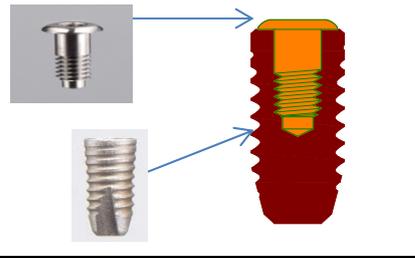
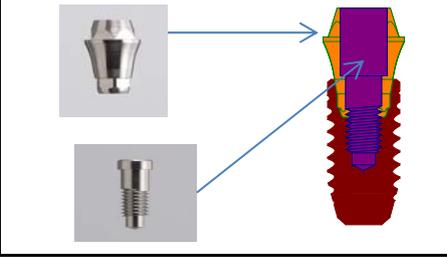
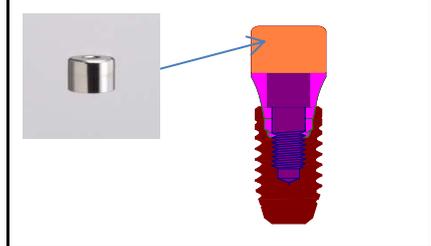
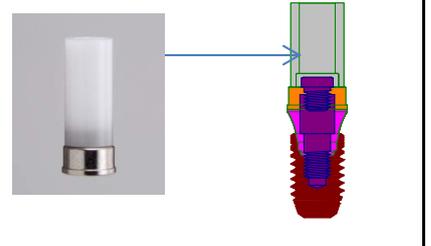
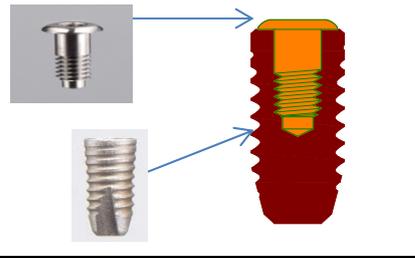
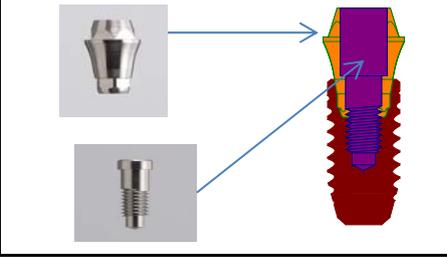
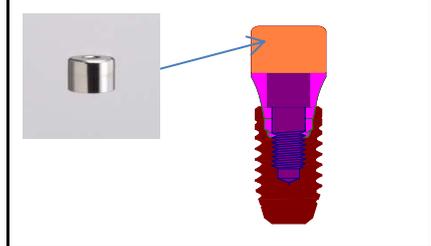
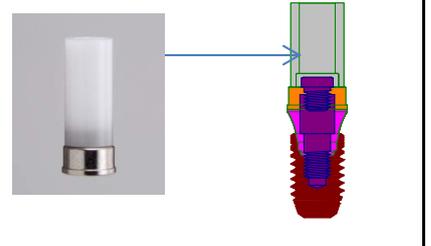
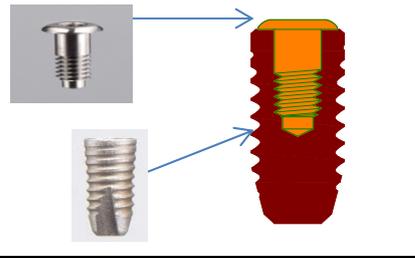
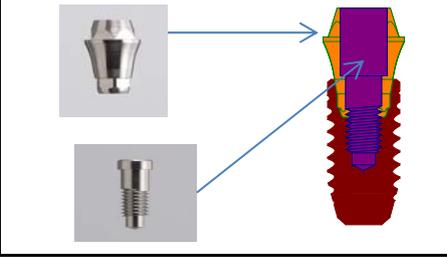
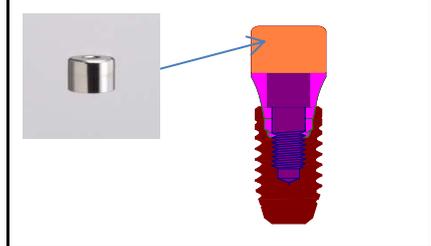
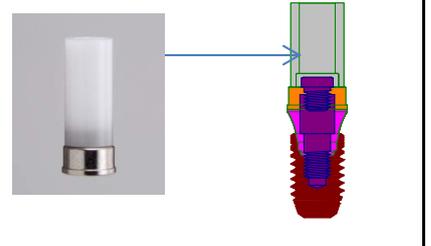
○ 諸外国におけるリストプライス

いずれの製品も海外における販売実績なし

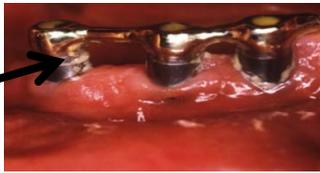
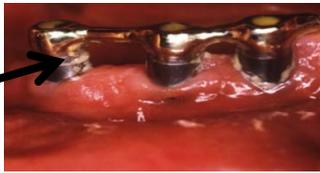
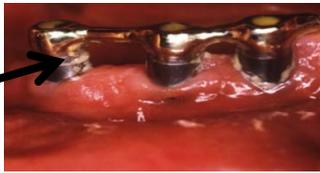
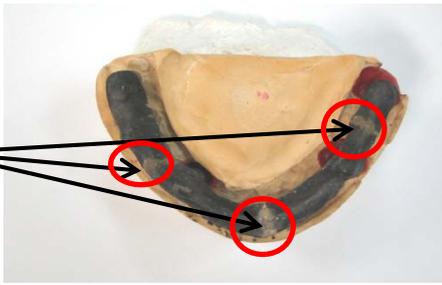
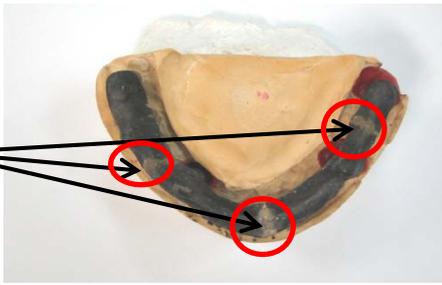
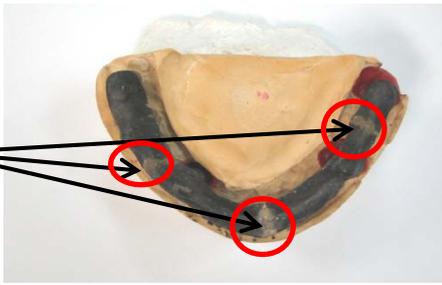
製品概要

1 販売名	グルーヴィーインプラントほか（インプラント本体一式）																							
2 希望業者	ノーベルバイオケアジャパン株式会社																							
3 使用目的	<p>本品は、腫瘍等による広範囲な顎骨欠損や歯槽骨欠損症例に対して従来のブリッジや義歯では咀嚼機能の回復が困難な特殊な症例に対して埋入されるインプラント本体である。</p>																							
4 構造・原理	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 本 品 </div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> プロネマルクシステムMkⅢ 及びMkⅣ  </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> プロネマルクシステムザイゴマ タイユナイト  </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> プロネマルクシステムザイゴママルチユニットア バットメント  </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ポール アバットメント  </td> </tr> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ゴールドキャップ ボールアバットメント用  </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ヒーリング アバットメント  </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ヒーリング キャップ  </td> <td style="width: 25%; padding: 5px;"> ロケーター リテンションディスク  </td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 上顎及び下顎の埋め込み例 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> オーバーデン チャー接続専用の アバットメント </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle;"> 最終補綴物の装着例（全顎欠損時）  </td> </tr> </table> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> 上顎後方部の埋め込み例 </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> 陽極酸化処理 の施された上顎 後方部専用の インプラント体 </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 40%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"> アバットメント に装着する 暫間装着体 </td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> 上顎後方部 専用のアバット メント </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 40%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 20%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> </div> </div>	プロネマルクシステムMkⅢ 及びMkⅣ 	プロネマルクシステムザイゴマ タイユナイト 	プロネマルクシステムザイゴママルチユニットア バットメント 	ポール アバットメント 	ゴールドキャップ ボールアバットメント用 	ヒーリング アバットメント 	ヒーリング キャップ 	ロケーター リテンションディスク 	オーバーデン チャー接続専用の アバットメント				最終補綴物の装着例（全顎欠損時） 	陽極酸化処理 の施された上顎 後方部専用の インプラント体				アバットメント に装着する 暫間装着体	上顎後方部 専用のアバット メント				
プロネマルクシステムMkⅢ 及びMkⅣ 	プロネマルクシステムザイゴマ タイユナイト 	プロネマルクシステムザイゴママルチユニットア バットメント 	ポール アバットメント 																					
ゴールドキャップ ボールアバットメント用 	ヒーリング アバットメント 	ヒーリング キャップ 	ロケーター リテンションディスク 																					
オーバーデン チャー接続専用の アバットメント				最終補綴物の装着例（全顎欠損時） 																				
陽極酸化処理 の施された上顎 後方部専用の インプラント体				アバットメント に装着する 暫間装着体																				
上顎後方部 専用のアバット メント																								

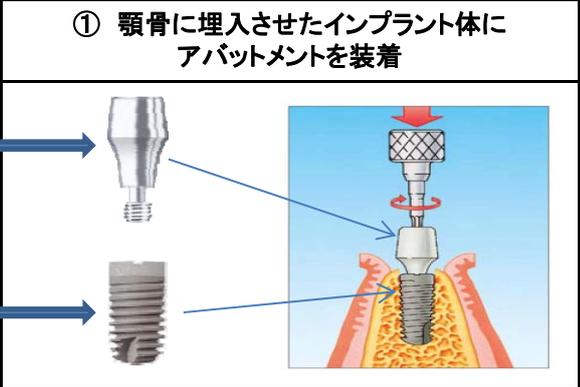
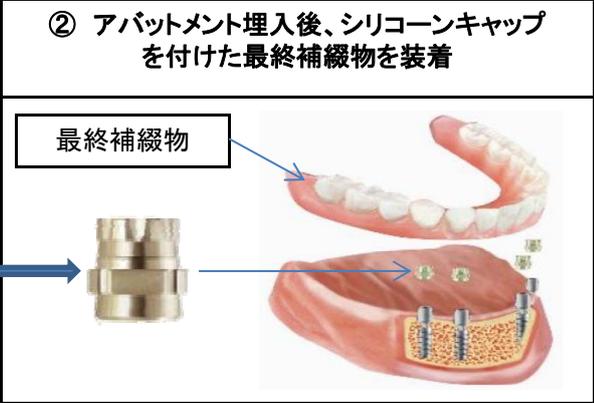
製品概要

1 販売名	アイ・エイ・ティーフィットⅡほか（インプラント本体一式）																				
2 希望業者	石福金属興業株式会社																				
3 使用目的	<p>本品は、腫瘍等による広範囲な顎骨欠損や歯槽骨欠損症例に対して従来のブリッジや義歯では咀嚼機能の回復が困難な特殊な症例に対して埋入されるインプラント本体である。</p>																				
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; margin: 0;">本品</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">2ステージ スクリュー</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">スクリューリテンドア バットメント</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">カバースクリュー</td> <td style="width: 25%; text-align: center; padding: 2px;">スクリューリテンド キャップ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">アバットメント スクリュー</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">ゴールド シリンダー</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; margin: 10px 0;">埋入手順(2回法・単冠)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">顎骨に埋入したアバットメントに 暫間的に蓋をする。</p> <div style="text-align: center;">  </div> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">スクリューを用いてアバットメント を固定させる。</p> <div style="text-align: center;">  </div> </td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">骨との癒合期間中にアバット メントの内部保護のため、 キャップをはめる。</p> <div style="text-align: center;">  </div> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">アバットメント上に補綴物を 構築するためのシリンダー を装着。</p> <div style="text-align: center;">  </div> </td> </tr> </table> </div>	2ステージ スクリュー	スクリューリテンドア バットメント	カバースクリュー	スクリューリテンド キャップ					アバットメント スクリュー	ゴールド シリンダー							<p style="text-align: center; font-weight: bold;">顎骨に埋入したアバットメントに 暫間的に蓋をする。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">スクリューを用いてアバットメント を固定させる。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">骨との癒合期間中にアバット メントの内部保護のため、 キャップをはめる。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">アバットメント上に補綴物を 構築するためのシリンダー を装着。</p> <div style="text-align: center;">  </div>
2ステージ スクリュー	スクリューリテンドア バットメント	カバースクリュー	スクリューリテンド キャップ																		
																					
アバットメント スクリュー	ゴールド シリンダー																				
																					
<p style="text-align: center; font-weight: bold;">顎骨に埋入したアバットメントに 暫間的に蓋をする。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">スクリューを用いてアバットメント を固定させる。</p> <div style="text-align: center;">  </div>																				
<p style="text-align: center; font-weight: bold;">骨との癒合期間中にアバット メントの内部保護のため、 キャップをはめる。</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p style="text-align: center; font-weight: bold;">アバットメント上に補綴物を 構築するためのシリンダー を装着。</p> <div style="text-align: center;">  </div>																				

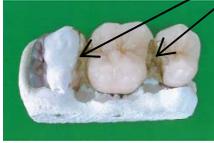
製品概要

1 販売名	ゼファー10ほか（上部構造物材料）						
2 希望業者	石福金属興業株式会社						
3 使用目的	本品は、腫瘍等による広範囲な顎骨欠損や歯槽骨欠損症例に対して従来のブリッジや義歯では咀嚼機能の回復が困難な特殊な症例に対して埋入されたインプラント本体の上部構造物材料である。						
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ADD8E6; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">本品</div> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;"> 金合金 (PGA-21ほか) </td> <td style="width: 33%;"> 金ろう (K16ロウほか) </td> <td style="width: 33%;"> 陶材焼付用合金 (ゼファー10ほか) </td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	金合金 (PGA-21ほか)	金ろう (K16ロウほか)	陶材焼付用合金 (ゼファー10ほか)			
	金合金 (PGA-21ほか)	金ろう (K16ロウほか)	陶材焼付用合金 (ゼファー10ほか)				
							
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ADD8E6; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">使用方法</div>						
金合金及び陶材焼付用合金について							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;"></td> <td rowspan="2" style="width: 40%; vertical-align: middle; border: 1px solid black; padding: 5px;"> 最終補綴物の フレーム(土台) 部として用いら れる。 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			最終補綴物の フレーム(土台) 部として用いら れる。				
		最終補綴物の フレーム(土台) 部として用いら れる。					
							
金ろう材について							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">  </td> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ADD8E6; display: inline-block; font-size: 2em;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> 分割されたフ レームをろう着 するため用いら れる。 </div> </td> </tr> </table>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ADD8E6; display: inline-block; font-size: 2em;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> 分割されたフ レームをろう着 するため用いら れる。 </div>				
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #ADD8E6; display: inline-block; font-size: 2em;">➔</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 10px;"> 分割されたフ レームをろう着 するため用いら れる。 </div>					

製品概要

1 販売名	アンキロス（インプラント本体一式）						
2 希望業者	デンツプライ三金株式会社						
3 使用目的	<p>本品は、腫瘍等による広範囲な顎骨欠損や歯槽骨欠損症例に対して従来のブリッジや義歯では咀嚼機能の回復が困難な特殊な症例に対して埋入されるインプラント本体である。</p>						
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <div style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">本品</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">アンキロス</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">SCストレートアバットメント</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">シリコンキャップ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <div style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; padding: 5px; margin-top: 10px;">埋入手順</div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>① 顎骨に埋入させたインプラント体にアバットメントを装着</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>インプラント体との接合部が6度以下の有角構造となっているアバットメント</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>内溝が6度以下の有角構造となっているインプラント体</p> </div> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>② アバットメント埋入後、シリコンキャップを付けた最終補綴物を装着</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>最終補綴物</p> </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>アバットメントとの接合部が6度以下の有角構造となっているキャップ</p> </div> </div> </div> </div>	アンキロス	SCストレートアバットメント	シリコンキャップ			
アンキロス	SCストレートアバットメント	シリコンキャップ					
							

製品概要

1 販売名	ゼオメタル87ほか（上部構造物材料）												
2 希望業者	山本貴金属地金株式会社												
3 使用目的	<p>本品は、腫瘍等による広範囲な顎骨欠損や歯槽骨欠損症例に対して従来のブリッジや義歯では咀嚼機能の回復が困難な特殊な症例に対して埋入されるインプラント本体に装着される上部構造物の材料である。</p>												
4 構造・原理	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; margin-bottom: 5px;">本品</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 陶材焼付用合金 （ゼオメタル87ほか） </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 金ろう （エクセレントソルダーほか） </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 金合金 （ネクシオキャスト） </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">  </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">  </td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">  </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"> 焼付用陶材 （ゼオセライト） </td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"> 歯冠修復用硬質レジン （ツイニー） </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">  </td> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">  </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6; margin-top: 10px; margin-bottom: 10px;">最終補綴物作製手順</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 陶材焼付用合金や金合金で冠を載せるためのフレームを作製。補綴物については金ろうを用い、連結させる。</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="margin-right: 10px;">  </div> </div> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>② フレームの上にゼオセライトやツイニーを用いて作製した歯・歯肉の部分を接合させる。</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">合金の土台</div> </div> </div> </div>	陶材焼付用合金 （ゼオメタル87ほか）	金ろう （エクセレントソルダーほか）	金合金 （ネクシオキャスト）				焼付用陶材 （ゼオセライト）	歯冠修復用硬質レジン （ツイニー）				
陶材焼付用合金 （ゼオメタル87ほか）	金ろう （エクセレントソルダーほか）	金合金 （ネクシオキャスト）											
													
焼付用陶材 （ゼオセライト）	歯冠修復用硬質レジン （ツイニー）												
													

広範囲の顎骨欠損を有する患者に対する
インプラント義歯の有用性についての論文の例

Implant-Supported Edentulous Maxillary Obturators With Milled Bar Attachments After Maxillectomy

Masayuki Fukuda, DDS, PbD,* Tetsu Takabasbi, DDS, PbD,†
Hirokazu Nagai, DDS, PbD,‡ and Mitsuyoshi Ino, DDS, PbD§

Purpose: The purpose of this study was to evaluate the clinical results of implants and milled bar supported edentulous maxillary obturators following the surgical ablation of maxillary tumors.

Patients and Methods: Seven patients with malignant tumors of the maxilla were studied. All patients underwent partial or total maxillectomy. Implants were installed in the remaining maxilla and milled bar supported obturators were fabricated. Masticatory efficiency, biting abilities, speech function, and changes in the marginal bone level around the implants were evaluated without the prostheses, with the previous prostheses, and with the implant-supported prostheses.

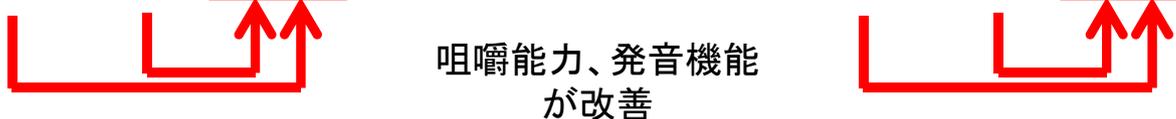
Results: All implants were osseointegrated. All patients wore milled bar supported obturators and masticatory and speech functions markedly improved. There was no complication during the follow-up period.

Conclusions: These results suggest that a maxillary obturator supported by milled bar attachments is useful for oral rehabilitation in patients with resected edentulous maxilla.

© 2004 American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons
J Oral Maxillofac Surg 62:799-805, 2004

Table 5. MASTICATORY AND SPEECH FUNCTION BEFORE AND AFTER INSERTION OF IMPLANT-SUPPORTED MAXILLARY OBTURATOR

Patient	Masticatory Efficiency Index			Biting Abilities			Speech Function Index		
	Without Prosthesis	Conventional Prosthesis	Implant Prosthesis	Biting Force (N)	Biting Pressure (MPa)	Occlusal Contact Area (mm ²)	Without Prosthesis	Conventional Prosthesis	Implant Prosthesis
1	15	30	70	60.4	10.1	5.9	5	8	10
2	15	—	55	76.2	6.1	12.4	10	—	10
3	15	—	85	215.4	11.2	19.2	3	—	9
4	15	30	75	492.6	51.1	9.6	7	8	10
5	15	—	85	662.2	43.2	15.3	3	—	10
6	20	40	80	493.9	42.4	11.6	3	8	10
7	20	55	90	224.6	8.7	25.6	5	8	10



咀嚼能力、発音機能が改善

全ての患者において、治療を行う前、またこの治療実施以前に使用していた床義歯と比較して、発音が明瞭となり、咬合力の増大、咀嚼能力の改善など機能的な向上が示され、インプラント義歯による上顎の治療が、上顎骨切除を行った患者の口腔機能の改善に有用であることが示された。

平成２４年度特定保険医療材料に係る機能区分の見直し(案)

１ 見直しの趣旨

現行の機能区分については、臨床上的利用実態を踏まえる等の観点から、必要に応じ見直しを行うこととしているが、次の観点から見直す区分を選定し実施する。

- (１) 機能区分の細分化に関するもの
- (２) 機能区分の合理化に関するもの
- (３) 機能区分の新規評価に関するもの
- (４) 機能区分の簡素化に関するもの

２ 見直しの概要

以下の通り見直しを行う。

- (１) の観点から見直しを行った区分 １４区分
(うち３つは在宅特材と医科特材の重複)
- (２) の観点から見直しを行った区分 ５区分
(うち２つは在宅特材と医科特材の重複)
- (３) の観点から見直しを行った区分 ２区分
- (４) の観点から見直しを行った区分 ０区分

【参考】

平成２２年度における機能区分の見直し

- (１) の観点から見直しを行った分類 ４区分
(うち１つは医科特材と歯科特材の重複)
- (２) の観点から見直しを行った分類 ６区分
- (３) の観点から見直しを行った分類 ８区分
- (４) の観点から見直しを行った分類 ３区分
(うち１つは医科特材と歯科特材の重複)

機能区分の見直し（案）一覧

1 機能区分の細分化に関するもの（14区分、うち3つは在宅特材^{※1}と医科特材^{※2}の重複）

番号	見直し内容	機能区分		見直しの詳細な内容
①	細分化	在 007	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	化学療法に用いるものについて、別の機能区分とする
		019	携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	
②	細分化	在 006	在宅人工血液透析用特定保険医療材料	膜面積が 2.0m ² 以上のものについて、別の機能区分とする
		040	人工腎臓用特定保険医療材料	
③	細分化	059	オプション部品 (1) 人工股関節用部品	「カップサポート」を別の機能区分とする
④	細分化	060	固定用内副子（スクリュー） (8) その他のスクリュー ②特殊型 ア 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型	スクリュー型のアンカーと、それ以外のアンカーを別の機能区分とする
⑤	細分化	076	固定用金属ピン (2) 一般用	ワイヤーを通すためのリング部分を持つものについて、別の機能区分とする
⑥	細分化	117	埋込型除細動器 (3) IV型	「房室伝導監視型心室ペーシング抑止機能」付きのものを別の機能区分とする
⑦	細分化	122	人工弁輪	目的とする弁ごとに別の機能区分とする
⑧	細分化	124	ディスポーザブル人工肺（膜型肺）	小児用について別の機能区分とする

2 機能区分の合理化に関するもの（5区分、うち2つは在宅特材と医科特材の重複）

番号	見直し内容	機能区分		見直しの詳細な内容
①	合理化 (1-②の 再掲)	在 006	在宅人工血液透析用特定保険医療材料	I型・II型について、機能区分を統合する
		040	人工腎臓用特定保険医療材料	
②	合理化	079	骨セメント (3) 脊椎用(I) (4) 脊椎用(II)	機能区分を統合する

3 機能区分の新規評価に関するもの（2区分）

番号	見直し内容	機能区分		見直しの詳細な内容
①	特材として 設定	在 010	水循環回路セット	在宅特材として設定する
②	特材として 設定	053	腹膜透析専用回路	「交換キット」を医科特材として設定する

※1 : 医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）の第2章第2部（在宅医療）に規定する特定保険医療材料（以下「在宅特材」）

※2 : 医科点数表の第2章第3部（検査）、第4部（画像診断）、第6部（注射）、第9部（処置）、第10部（手術）及び第11部（麻酔）に規定する特定保険医療材料（以下「医科特材」）

特定保険医療材料機能区分の見直し等（案）

1 機能区分の細分化に伴うもの（14区分）

（在宅特材）

現在の機能区分	新設機能区分（案）
在007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ	在007 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ <u>(1) 一般用</u> <u>(2) 化学療法用</u>

（医科特材）

現在の機能区分	新設機能区分（案）
019 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ (1) 一般型 (2) 一体型	019 携帯型ディスポーザブル注入ポンプ (1) 一般型 <u>① 一般用</u> <u>② 化学療法用</u> (2) 一体型

<理由>

化学療法に用いる携帯型ディスポーザブル注入ポンプについては、患者等が容易に流量を調節したり開封したりできないような、構造上の工夫を有しており、別機能を持つものとして区分を細分化する。

(在宅特材)

現在の機能区分	新機能区分 (案)
<p>在 0 0 6 在宅血液透析用特定保険医療材料 (回路を含む。)</p> <p>(1) ダイアライザー</p> <p>①～⑧ (略)</p> <p>⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(IV)</p> <p>⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(V)</p> <p>⑪ (以下略)</p>	<p>在 0 0 6 在宅血液透析用特定保険医療材料 (回路を含む。)</p> <p>(1) ダイアライザー</p> <p>①～⑧ (略)</p> <p>⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(IV)</p> <p>⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(V)</p> <p><u>⑪ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 2.0m²以上)(IV)</u></p> <p><u>⑫ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 2.0m²以上)(V)</u></p> <p>⑬ (以下略)</p>

(医科特材)

現在の機能区分	新機能区分 (案)
<p>0 4 0 人工腎臓用特定保険医療材料 (回路を含む。)</p> <p>(1) ダイアライザー</p> <p>①～⑧ (略)</p> <p>⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(IV)</p> <p>⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(V)</p> <p>⑪ (以下略)</p>	<p>0 4 0 人工腎臓用特定保険医療材料 (回路を含む。)</p> <p>(1) ダイアライザー</p> <p>①～⑧ (略)</p> <p>⑨ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(IV)</p> <p>⑩ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 1.5 m²以上)(V)</p> <p><u>⑪ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 2.0 m²以上)(IV)</u></p> <p><u>⑫ ホローファイバー型及び積層型(キール型)(膜面積 2.0 m²以上)(V)</u></p> <p>⑬ (以下略)</p>

<理由>

透析技術・材料の進歩等により、高機能なIV型、V型ダイアライザーの使用が顕著になりつつある。さらにその中でも、膜面積が大きいダイアライザーについては、効率よく透析を行う機能を有しているため、別の機能区分とする。

(医科特材)

現在の機能区分	新機能区分 (案)
<p>059 オプション部品</p> <p>(1) 人工股関節用部品</p> <p>(2) 人工膝関節用部品</p> <p>(3) 人工関節固定強化部品 ①～② (略)</p> <p>(4) 再建用強化部品</p>	<p>059 オプション部品</p> <p>(1) 人工股関節用部品</p> <p>① <u>一般オプション部品</u></p> <p>② <u>カップサポート</u></p> <p>(2) 人工膝関節用部品</p> <p>(3) 人工関節固定強化部品 ①～② (略)</p> <p>(4) 再建用強化部品</p>

<理由>

オプション部品は一般的にセメント厚の均一化や、ステムの安定化、骨セメントの流出防止等を目的としているが、カップサポートについては、他部品であるカップの固定を補助するものであり、股関節の形状に合わせた特別な構造をしており、機能も異なることから、別の機能区分とする。

(医科特材)

現在の機能区分	新機能区分 (案)
<p>060 固定用内副子 (1) ~ (7) (略) (8) その他のスクリュー ① (略) ② 特殊型 ア 軟骨及び軟部組織用 i スーチャーアンカー型 ii インターフェアレンス型 iii 座金型 イ~ウ (略)</p>	<p>060 固定用内副子 (1) ~ (7) (略) (8) その他のスクリュー ① (略) ② 特殊型 ア 軟骨及び軟部組織用 <u>i スーチャーアンカー型 (スクリュー型)</u> <u>ii スーチャーアンカー型 (その他)</u> iii インターフェアレンス型 iv 座金型 イ~ウ (略)</p>

<理由>

同一の区分の中に、骨への固定の方法や構造が異なるものが混在しているため、骨へ固定する部分の構造によって、それぞれ別の機能区分とする。

(医科特材)

現在の機能区分	新機能区分 (案)
<p>076 固定用金属ピン (1) (略) (2) 一般用</p>	<p>076 固定用金属ピン (1) (略) (2) 一般用 <u>① 標準型</u> <u>② リング型</u></p>

<理由>

金属ピンのうち、一般用のものは直線形をしているものがほとんどであるが、中央にワイヤーを通すためのリングがついたものについては、他のピンでは代替できない構造を持つため、別の機能区分とする。

(医科特材)

現行の機能区分	新機能区分案
<p>1 1 7 埋込型除細動器</p> <p>(1) 埋込型除細動器 (Ⅱ型)</p> <p>(2) 埋込型除細動器 (Ⅲ型)</p> <p>(3) 埋込型除細動器 (Ⅳ型)</p>	<p>1 1 7 埋込型除細動器</p> <p>(1) 埋込型除細動器 (Ⅱ型)</p> <p>(2) 埋込型除細動器 (Ⅲ型)</p> <p><u>(3) 埋込型除細動器 (Ⅳ型)</u></p> <p><u>(4) 埋込型除細動器 (Ⅴ型)</u></p>

<理由>

ペースメーカーについては、「房室伝導監視型心室ペーシング抑止機能」の有無によって区分が分かれており、それぞれ患者の状態に応じて必要な区分の製品を選択している。

埋込型除細動器についても、患者の状態に応じて、「房室伝導監視型心室ペーシング抑止機能」の必要性が異なることから、これらを別の機能区分とする。

(医科特材)

現行の機能区分	新機能区分案
1 2 2 人工弁輪	1 2 2 人工弁輪 <u>(1) 僧帽弁用</u> <u>(2) 三尖弁用</u> <u>(3) 僧帽弁・三尖弁兼用</u>

<理由>

現在、人工弁輪については、同じ区分に、僧帽弁・三尖弁のそれぞれの専用の弁輪が収載されている。僧帽弁用・三尖弁用ともに構造が異なり、また医学的にも代替性がないことから、別の機能区分として設定する。

(医科特材)

現行の機能区分	新機能区分 (案)
<p>1 2 4 ディスポーザブル人工肺 (膜型肺)</p> <p>(1) 体外循環型 (リザーバー機能あり)</p> <p>(2) 体外循環型 (リザーバー機能なし)</p> <p>(3) 補助循環型</p>	<p>1 2 4 ディスポーザブル人工肺 (膜型肺)</p> <p>(1) 体外循環型 (リザーバー機能あり)</p> <p>① 一般用</p> <p>② 低体重者・小児用</p> <p>(2) 体外循環型 (リザーバー機能なし)</p> <p>① 一般用</p> <p>② 低体重者・小児用</p> <p>(3) 補助循環型</p> <p>① 一般用</p> <p>② 低体重者・小児用</p>

<理由>

小児に用いる人工肺については、少ない血液量でも使用できるための構造である必要があり、一般用よりもコストがかかるにも関わらず、市場に占める割合が小さい。また小児に用いる場合、成人用で代替することができない。このことから、別の機能区分として設定する。

2 機能区分の合理化に関するもの（2区分、うち1区分は在宅特材と医科特材の重複）

（在宅特材）

現在の機能区分	新機能区分（案）
在006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。） (1) ダイアライザー ① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 未満）（Ⅰ） ② ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 未満）（Ⅱ） ③～⑤（略） ⑥ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 以上）（Ⅰ） ⑦ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 以上）（Ⅱ） ⑧（以下略）	在006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。） (1) ダイアライザー <u>① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m²未満）（Ⅰ・Ⅱ）</u> <u>②（削除）</u> ③～⑤（略） <u>⑥ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m²以上）（Ⅰ・Ⅱ）</u> <u>⑦（削除）</u> ⑧（以下略）

（医科特材）

現在の機能区分	新機能区分（案）
040 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。） (1) ダイアライザー ① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 未満）（Ⅰ） ② ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 未満）（Ⅱ） ③～⑤（略） ⑥ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 以上）（Ⅰ） ⑦ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m ² 以上）（Ⅱ） ⑧（以下略）	040 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。） (1) ダイアライザー <u>① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m²未満）（Ⅰ・Ⅱ）</u> <u>②（削除）</u> ③～⑤（略） <u>⑥ ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m²以上）（Ⅰ・Ⅱ）</u> <u>⑦（削除）</u> ⑧（以下略）

<理由>

I型とII型については代替性があり医学的な使用方法に大きな差はないことから、これらの機能区分を合理化する。

(医科特材)

現行の機能区分	新機能区分案
079 骨セメント (1) 頭蓋骨用 (2) 人工関節固定用 (3) 脊椎用 (Ⅰ) (4) 脊椎用 (Ⅱ)	079 骨セメント (1) 頭蓋骨用 (2) 人工関節固定用 <u>(3) 脊椎用</u> <u>(4) (削除)</u>

<理由>

脊椎用 (Ⅰ) は悪性腫瘍に適応のあるもの、脊椎用 (Ⅱ) は骨粗しょう症に適応のあるものとして定義していたが、脊椎に使用するものとしての機能は同等であること、また脊椎用 (Ⅱ) に収載されていたものが適応拡大にしたことにより、脊椎用 (Ⅱ) に収載されている製品が現在存在しないことから、2つの区分を合理化する。

3 機能区分の新規評価に関するもの（2区分）

①

【新設】（在宅特材）

現在の機能区分	新設機能区分（案）
	在010 水循環回路セット

<理由>

植込型補助人工心臓の「水循環回路セット」については、外来での交換が必要となるため、外来でも使用できるように、在宅特材として設定する。

(医科特材)

現在の機能区分	新機能区分 (案)
<p>053 腹膜透析装置専用回路</p> <p>(1) Yセット</p> <p>(2) APDセット</p> <p>(3) IPDセット</p>	<p>053 <u>腹膜透析液交換セット</u></p> <p><u>(1) 交換キット</u></p> <p><u>(2) 回路</u></p> <p>① Yセット</p> <p>② APDセット</p> <p>③ IPDセット</p>

<理由>

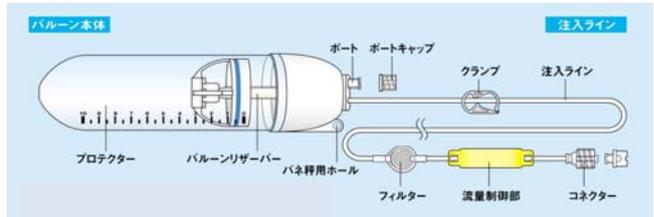
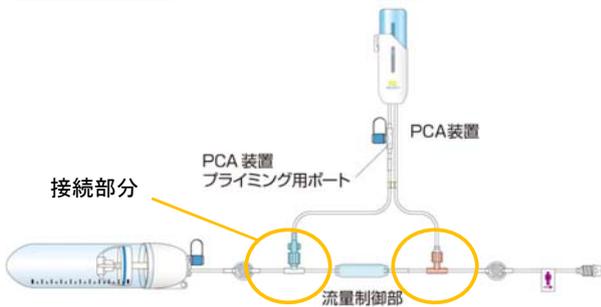
交換キットについては、腹膜透析用接続チューブ等を接続又は切り離す際に使用するものであるが、現在技術料に包括して評価されている。一方、交換キットについては、腹膜透析の方法より、患者によって使用数が異なること、また在宅特材においては既に特定保険医療材料として評価されていることから、新たに医科特材に区分を設ける。

区分の見直しを行う機能区分に収載されている製品の例

中医協 総-2-1-参
24.1.30

細分化①

- 在007 携帯型ディスプレイ注入ポンプ
- 019 携帯型ディスプレイ注入ポンプ



細分化②

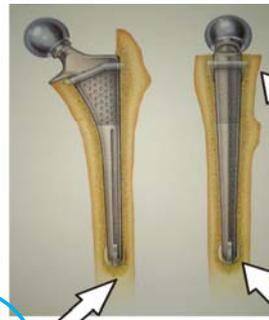
- 在006 在宅人工血液透析用特定保険医療材料
- 040 人工腎臓用特定保険医療材料



細分化③

059 オプション部品 (1)人工股関節用部品

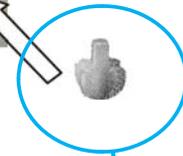
製品例



近位スペーサー



骨栓(ボーンプラグ)
* 髄腔内に装着



セメントリストラクター
* ステム遠位端に装着

一般的なオプション部品

カップサポート



細分化④

060 固定用内副子(スクリュー)

(8)その他のスクリュー

②特殊型

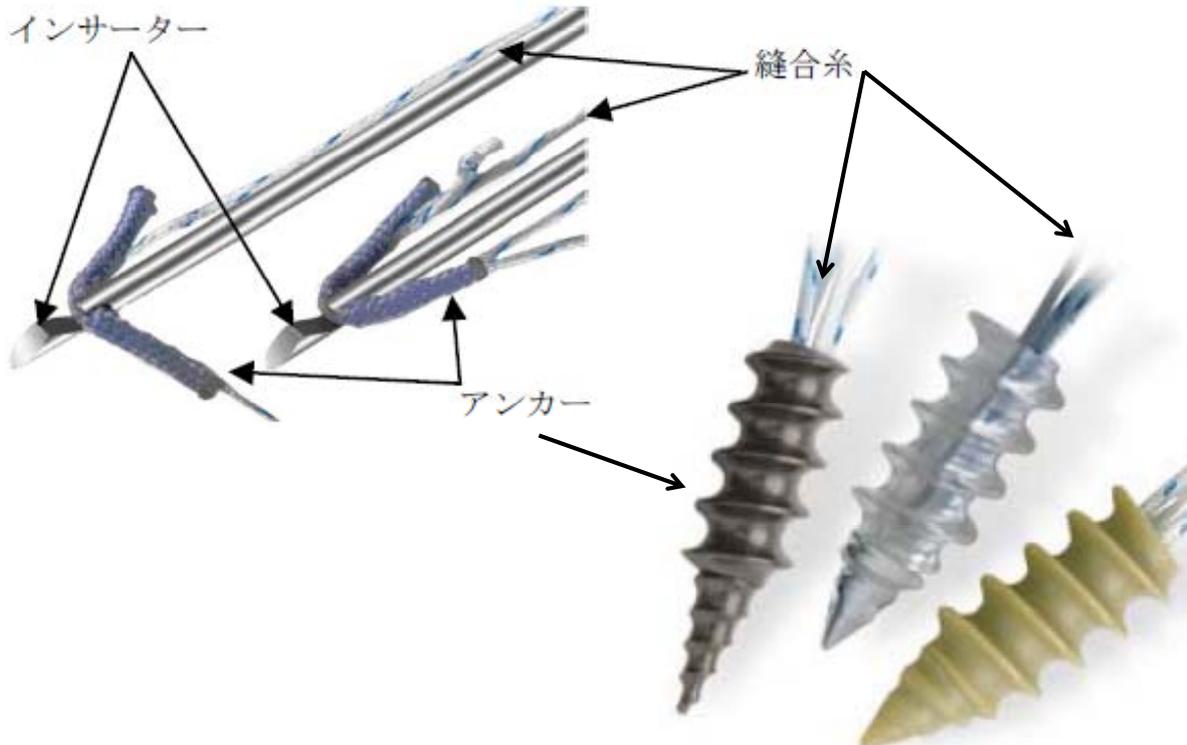
ア 軟骨及び軟部組織用

i スーチャーアンカー型

インサーター

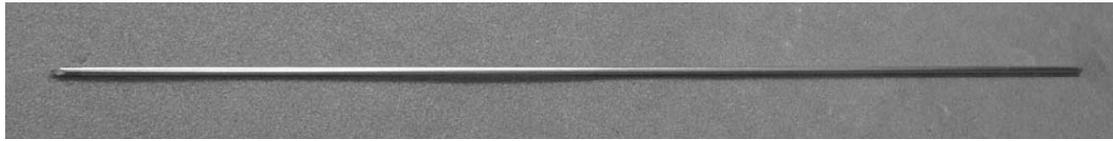
縫合糸

アンカー



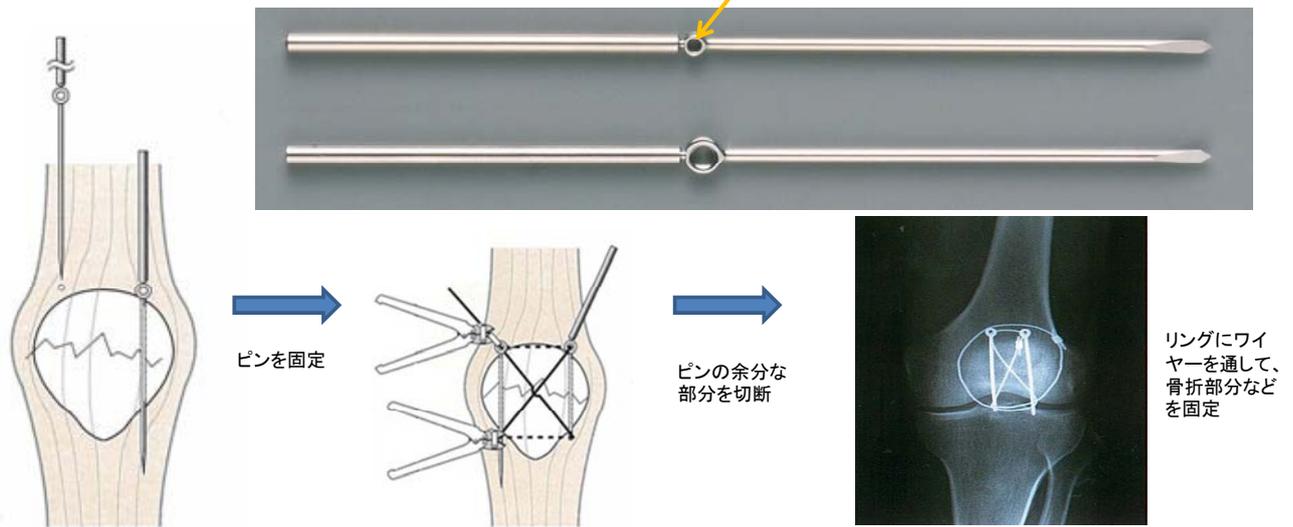
細分化⑤
076 固定用金属ピン (2)一般用

一般的なピン



リング付きのピン

このリングにワイヤーを通す



細分化⑥
117 埋込型除細動器 (3)IV型



細分化⑦
124 ディスポーザブル人工肺(膜型肺)

成人用



小児用



充填量が少なくても機能するよう特別な構造

細分化⑧
122 人工弁輪

僧帽弁・三尖弁兼用リング

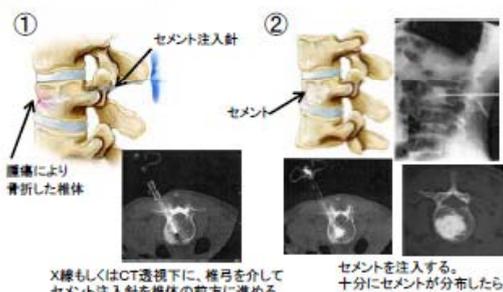


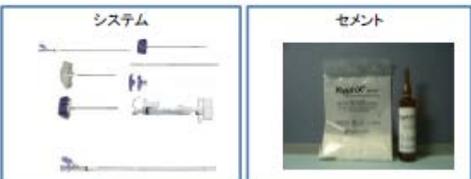
僧帽弁専用リング



三尖弁専用リング



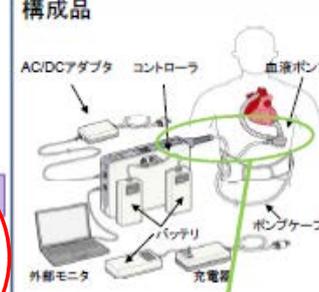
1 販売名	ストライカー脊椎専用骨セメント
2 希望業者	日本ストライカー株式会社
3 構造・原理	<p>本品は、粉末ポリマーと液体モノマーを全量混合すると発熱性の重合体形成が生じ、軟質の練り生地状の固まりが形成される。これをシリンジに充填し、穿刺針を用いて椎体内に注入した後、重合反応が進むと硬質でセメント状の合成物が形成される。また、本品は硫酸バリウムを30%含むことによりX線不透過性を高めている。</p> <p>製品写真 術中の様子</p>  <p>粉末ポリマー 液体モノマー 経皮的にセメント注入針が刺されているところ</p> <p>X線もしくはCT透視下に、うつぶせの状態で行う。</p> <p>経皮的椎体形成術</p>  <p>① セメント注入針 ② セメント</p> <p>画像により骨折した椎体</p> <p>X線もしくはCT透視下に、格弓を介してセメント注入針を椎体の前方に進める</p> <p>セメントを注入する。十分にセメントが分布したら、セメント注入針を抜く。</p>
4 使用目的	本品は、既存療法に奏功しない転移性骨腫瘍や骨髄腫などの悪性脊椎腫瘍による有痛性椎体骨折の患者に対して、経皮的椎体形成術を行う際に使用するアクリル製整形外科用骨セメントであり、疼痛の軽減を図ることを目的とする。

1 販売名	KYPHON BKP システム・骨セメントHVR
2 希望業者	メドトロニックソファモアダグネック株式会社
3 構造・原理	<p>BKPシステムは、経皮的に椎体に到達し、バルーンの経路を作成するための数種類の針と、椎体を拡張するためのポリウレタン製のバルーンのセットから成る。セメントは粉末ポリマー(ポリメタクリル酸メチル/メタクリル酸メチル/スチレン共重合体)と液体モノマー(メタクリル酸メチル)から成り、混合すると重合反応が起こって乾燥状態となる。従前のセメントと比較し視認性が向上し、また硬化までに約8分間の作業時間が得られることが特徴である。</p> <p>システム セメント</p>  <p>手術方法</p>  <p>① 椎体 ② 圧迫骨折した椎体 ③ 広がったバルーン</p> <p>圧迫骨折した椎体</p> <p>小皮切で、バルーンの通路を針で作成し、バルーンを挿入</p> <p>バルーンを拡張し、骨折を整復する</p> <p>④ セメント ⑤ 機器を除去し、閉鎖</p> <p>バルーンを抜き、空洞(キャビティ)にセメントを充填する</p> <p>手術時の様子</p>
4 使用目的	本品は、保存的治療では疼痛が改善しない骨粗鬆症により骨粗鬆症による椎体骨折を起こした患者において、椎体を内固定し、整復する目的で使用される。椎体の内部にバルーンを挿入し、圧力をかけて椎体の圧迫を整復したのち、できた空洞に専用のセメントを注入する。

新設 ① 在010 水循環回路セット

製品概要

現在、医科特材として設定されているが、
外来においても定期的な交換が必要

1 販売名	補込み型補助人工心臓システムEVAHEART クールシールユニット
2 希望業者	株式会社サンメディカル技術研究所
3 使用目的	<p>本品は、心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法や体外式補助人工心臓などの補助循環法によっても継続した代償不全に陥っており、かつ心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善に仕療される。血液ポンプには遠心型で連続流を発生させることができるモータ駆動のポンプを用いている。</p> <p>クールシールユニットは、受軸の潤滑、血液シールの保持、血液ポンプ内部の冷却等を行うことにより、人工心臓システムの機能を維持する役割を持つ。</p>
4 構造・原理	<p>本品(ポンプ) 420g</p> <p>クールシールユニット (コントロール室内に接続されている)</p> <p>体外部分全体で 4,880g</p> <p>構成</p>  <p>AC/DCアダプタ コントローラ 血液ポンプ</p> <p>外部モニター 充電器</p> <p>ポンプケーブル</p> <p>ポンプ</p> <p>・ロータリーポンプ共通の最大の課題であった「回転軸の血液シール」の問題をクールシールシステムで解決</p> <p>クールシールユニット</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血液ポンプ内にクールシール液(注射用水)を循環させる。 ・3ヵ月ごとに交換するポンプの耐久性能が4,000時間のため



供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料の 償還価格の見直しについて

１．償還価格の見直しについて

既存機能区分の価格については、原則として市場実勢価格加重平均値一定幅方式により算定される額により改定される。

一方、この規定に関わらず、

ア 代替するものがない特定保険医療材料であること。

イ 保険医療上の必要性が特に高いこと。

（関係学会から医療上の必要性の観点からの継続供給要請があるもの等）

ウ 継続的な安定供給に際して材料価格が著しく低いこと。

（保険償還価格と市場実勢価格の乖離率が大きい場合を除く。）

にあてはまる、供給が著しく困難で十分償還されていない特定保険医療材料に係る機能区分の基準材料価格の改定については、原価計算方式により改定することとしている。

２．平成２４年における対応（案）

保険医療材料専門組織での検討を踏まえ、以下の２区分について原価計算によって償還価格を見直してはどうか。

○ 在００６ 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）

（１）ダイアライザー

① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m²未満）（Ⅰ・Ⅱ）

○ ０４０ 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

① ホローファイバー型及び積層型（キール型）（膜面積 1.5 m²未満）（Ⅰ・Ⅱ）

○ ０４８ 吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）

○ 在 006 在宅血液透析用特定保険医療材料（回路を含む。）

（1）ダイアライザー

① ホローファイバー型及び積層型（キール型）

（膜面積 1.5 m²未満）（I・II）

040 人工腎臓用特定保険医療材料（回路を含む。）

① ホローファイバー型及び積層型（キール型）

（膜面積 1.5 m²未満）（I・II）

I型とII型については、小児や高齢者の透析導入等の際し、医学的な必要性があるものの、製造設備の新たな安全管理基準等への対応などから、現在の償還価格では不採算となっている。このため、原価計算により新たな償還価格を設定する。

○ 保険償還価格

	償還価格	外国平均価格との比	備考
(1)ダイアライザー ①ホローファイバー型及び積層型（キール型） （膜面積 1.5m ² 未満）（I）	1,660円	なし	機能区分の 統合
(1)ダイアライザー ②ホローファイバー型及び積層型（キール型） （膜面積 1.5m ² 未満）（II）	1,660円	1.17	
(1)ダイアライザー ⑥ホローファイバー型及び積層型（キール型） （膜面積 1.5m ² 以上）（I）	1,660円	なし	機能区分の 統合
(1)ダイアライザー ⑦ホローファイバー型及び積層型（キール型） （膜面積 1.5m ² 以上）（II）	1,660円	1.17	

(参考)

○ 企業希望価格

	償還価格	外国平均価格 との比	現行の償還価格
(1) ダイアライザー ①ホローファイバー型及び積層型 (キール型) (膜面積 1.5m ² 未満) (I)	1,660円	なし	1,380円
(1) ダイアライザー ②ホローファイバー型及び積層型 (キール型) (膜面積 1.5m ² 未満) (II)	1,660円	1.17 仏国における 販売価格 : 1,420円	1,380円
(1) ダイアライザー ⑥ホローファイバー型及び積層型 (キール型) (膜面積 1.5m ² 以上) (I)	1,660円	なし	1,370円
(1) ダイアライザー ⑦ホローファイバー型及び積層型 (キール型) (膜面積 1.5m ² 以上) (II)	1,660円	1.17 仏国における 販売価格 : 1,420円	1,320円

○ 048 吸着式血液浄化用浄化器（肝性昏睡用又は薬物中毒用）

当該製品については、血漿からビリルビン及び胆汁酸を選択的に除去することを目的に、劇症肝炎や術後肝不全等の疾患に使用されている。年間販売数量は、1,800本程度である。製造設備の新たな安全管理基準等への対応などから、現在の償還価格では不採算となっている。

関連学会から、供給継続の要望もあることから、原価計算方式による区分の償還価格の見直しを行う。

○ 保険償還価格

償還価格	外国平均価格との比
128,000円	なし

（参考）

○ 企業希望価格

償還価格	外国平均価格との比
140,500円	なし

○ 外国における販売実績なし

○ 現行の償還価格： 60,000円

再算定手続きについて

1. 再算定について

(1) 既収載品の価格の見直し

- ① 既存の機能区分の基準材料価格は、基本的に市場実勢価格加重平均値一定幅方式に基づき改定している。
- ② 上記①によらず、国内価格と外国平均価格を比較し、比較水準よりも高い機能区分については、外国価格参照制度に基づく再算定により改定している。

(2) 外国価格参照制度に基づく再算定の概要

- ・ 内外価格差を是正する観点から、平成 14 年度改定において外国価格参照による新規医療材料の価格調整及び再算定（価格見直し）が導入された。
- ・ より効率的な再算定を行うため、対象区分は市場規模等にも配慮し選定することとし、平成 24 年度改定においては、130 区分を対象とした再算定の要件への該当性を検証する調査を実施している。
- ・ 既存の機能区分の材料価格については、市場実勢価格加重平均一定幅方式により改定しているが、市場実勢価格の加重平均値が、外国平均価格の 1.5 倍以上である場合には、再算定への該当性を検討することとしている。
- ・ また、平成 24 年度改定においては、急激な為替変動に配慮し、為替の影響が大きいと考えられる区分に対して一定程度の配慮を行うこととしている。

2. 平成24年度における対応（案）

1. 概要

再算定の要件への該当性を検証した機能区分	130区分
再算定対象となった機能区分（案）	35区分

引き下げ率	25%（上限）	11区分	急激な為替変動への 配慮（※）を行う区分 （3区分） （6区分） （2区分） （3区分）
引き下げ率	20%以上 25%未満	3区分	
引き下げ率	15%以上 20%未満	3区分	
引き下げ率	10%以上 15%未満	10区分	
引き下げ率	5%以上 10%未満	4区分	
引き下げ率	5%未満	4区分	

ただし、激変緩和と安定供給の観点から、次のいずれかに該当する区分については、段階的に引き下げを実施する。

- ① 15%以上価格が下落する区分
- ② 急激な為替変動への配慮を行う区分（※）

<各期間における引き下げ幅>

	平成24年4月～	平成25年1月～	平成25年4月～
全体の引き下げ率に対する割合	2割を引き下げ	更に4割を引き下げ	更に4割を引き下げ （全体の引き下げ）

<段階的引き下げの例>

価格下落率	平成24年4月～	平成25年1月～	平成25年4月～
25%下落する場合	5%引き下げ	15%引き下げ	25%引き下げ
20%下落する場合	4%引き下げ	12%引き下げ	20%引き下げ
15%下落する場合	3%引き下げ	9%引き下げ	15%引き下げ

※ 急激な為替変動への配慮

（条件）

- ① 外貨ベースでの価格が下落していない
（平成22年度改定時と平成24年度改定時の外貨での各国における価格の比の平均が1.0以上）
- ② 前回の平成22年度改定のレートでは1.5倍を超えない
- ③ 引き下げ幅が20%未満

（配慮の内容）

- ① 本来の引き下げ幅の80/100に緩和
- ② 段階的な引き下げを実施

(参考)

【平成20年度】

再算定の要件への該当性を検証した機能区分	150区分
再算定対象となった機能区分	14区分
引き下げ率 25%のもの	3区分
引き下げ率 20～25%のもの	3区分
引き下げ率 15～20%のもの	1区分
引き下げ率 10～15%のもの	2区分
引き下げ率 5～10%のもの	3区分
引き下げ率 0～5%のもの	2区分

【平成22年度】

再算定の要件への該当性を検証した機能区分	160区分
再算定対象となった機能区分(案)	17区分
引き下げ率 25%のもの	1区分
引き下げ率 20～25%のもの	1区分
引き下げ率 15～20%のもの	3区分
引き下げ率 10～15%のもの	3区分
引き下げ率 5～10%のもの	5区分
引き下げ率 0～5%のもの	4区分

機能区分		急激な為替変動への 配慮の該当性
002	ダイレーター	○
034	胆道ステントセット(2)自動装着システム付 ①永久留置型 イカバーなし	○
034	胆道ステントセット(2)自動吸着システム付 ②一時留置型	○
060	固定用内副子(スクリュー)(5)中空スクリュー(生体用合金 I・L)	
060	固定用内副子(スクリュー)(8)その他のスクリュー ②特殊型 i 圧迫調整固定用・両端ねじ型 ii 一般用	
062	大腿骨外側固定用内副子(1)つばなしプレート(生体用合金 I)	
062	大腿骨外側固定用内副子(5)ラグスクリュー(生体用合金 I)	
062	大腿骨外側固定用内副子(7)スライディングラグスクリュー(生体用合金 I)	
064	脊椎固定用材料(1)脊椎ロッド	○
064	脊椎固定用材料(5)脊椎スクリュー(固定型)	○
065	人工肩関節用材料(2)上腕骨側材料	
070	下肢再建用人工関節用材料(6)再建用脛骨表面置換用材料	○

機能区分	急激な為替変動への 配慮の該当性
073 髄内釘(1)髄内釘 ②横止め型	
073 髄内釘(2)横止めスクリュー ①標準型	
073 髄内釘(2)横止めスクリュー ②大腿骨頸部型	
075 固定用金属線(1)金属線 ②ケーブル	○
077 人工靭帯(1)固定器具なし	
077 人工靭帯(2)固定器具つき	
087 埋込型脳・脊髄電気刺激装置(3)振戦軽減用(4極用)	
098 内視鏡的食道静脈瘤結紮セット(1)内視鏡的食道静脈瘤結紮セット(単発式)	
099 組織代用人工繊維布(1)心血管系用 ③心血管修復パッチ	○
114 体外式ペースメーカー用カテーテル電極(2)心臓電気生理学的検査機能付加型 ⑤アブレーション機能付き	○
118 埋込型除細動器用カテーテル電極(1)埋込型除細動器用カテーテル電極(シングル)	
121 弁付きグラフト(生体弁)	

機能区分		急激な為替変動への 配慮の該当性
127	人工心肺回路(3)心筋保護回路	
127	人工心肺回路(6)個別機能品 ⑦血液学的パラメーター測定用セル	
130	心臓手術用カテーテル(3)冠動脈用ステントセット ①一般型	
133	血管内手術用カテーテル(1)経皮的脳血管形成術用カテーテル ①先端閉鎖型	○
133	血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル ①一般型 イ 特殊型	
133	血管内手術用カテーテル(3)PTAバルーンカテーテル ④大動脈用ステントグラフト用 イ 血流非遮断型(胸部及び腹部)	
133	血管内手術用カテーテル(15)頸動脈用ステントセット	○
134	人工血管(1)永久留置型 ①大血管用 ア 分岐なし	○
134	人工血管(1)永久留置型 ①大血管用 イ 1分岐	○
134	人工血管(1)永久留置型 ①大血管用 ウ 2分岐以上	
134	人工血管(1)永久留置型 ①大血管用 エ 腹大動脈分岐用	○

個別改定項目について（その2）

重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

重点課題1-1 救急・周産期医療の推進について

重点課題1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について

重点課題1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について

重点課題1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

重点課題2 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

重点課題2-1 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について

重点課題2-2 看取りに至るまでの医療の充実について

重点課題2-3 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進について

重点課題2-4 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について

重点課題2-5 訪問看護の充実について

重点課題2-6 医療・介護の円滑な連携について

I 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

I-1 がん医療の推進について

緩和ケア病棟の評価の見直し	1
緩和ケアを行う医療機関の評価	2
外来緩和ケアの更なる評価	5
在宅における緩和ケアの評価	7
医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和	8
がん診療連携の充実	9
外来放射線照射診療料の新設	13

小児入院医療管理料における放射線治療の評価	15
I-2 生活習慣病対策の推進について	
糖尿病透析予防指導の評価	17
たばこ対策への評価	18
I-3 精神疾患に対する医療の充実について	
精神科急性期入院医療の評価	20
精神科慢性期入院医療の評価	23
地域における精神医療の評価	25
I-4 認知症対策の推進について	
認知症入院医療の評価	33
認知症患者の外来診療の評価	36
重度認知症デイ・ケア料の評価	38
長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する医療連携の評価	39
I-5 感染症対策の推進について	
結核病棟入院基本料における退院基準の評価	40
結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価	42
陰圧室、無菌治療室の適正な評価	43
感染防止対策への評価	45
I-6 リハビリテーションの充実について	
回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価	47
早期リハビリテーションの評価	50
外来リハビリテーションの評価	52
訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応	54
リハビリテーションの充実について	55
I-7 生活の質に配慮した歯科医療の推進について	
I-8 医療技術の適切な評価について	
医療技術の適切な評価	56
先進医療の保険導入	59
医療技術の評価及び再評価	60
I-9 イノベーションの適切な評価について	
新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設	65
外来化学療法の評価の充実	69

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

II-1 医療安全対策等の推進について

医療安全対策等に関する評価 7 2

II-2 患者に対する相談支援対策の充実等について

患者サポート体制の充実した医療機関への評価 7 3

患者に対する相談支援体制の充実等について 7 4

明細書の無料発行の促進 7 5

II-3 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

入院基本料等加算の簡素化 7 7

III 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

III-1 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に基づく定額報酬算定制度）

の見直し 8 2

DPCフォーマットデータ提出の評価 9 2

III-2 慢性期入院医療の適切な評価について

III-3 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について

III-4 診療所の機能に着目した評価について

III-5 医療機関の連携に着目した評価について

医療機関間の連携に着目した評価 9 4

III-6 調剤報酬について

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

IV-1 後発医薬品の使用促進について

IV-2 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について

平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組について . 9 9

IV-3 市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価について

検体検査実施料の適正化について	100
IV-4 相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価について	
医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化	101
コンピューター断層撮影診断料の見直し	102
ビタミン剤の取扱い	104
人工腎臓等の適正な評価	105
コンタクトレンズに係る診療の適正評価	108

緩和ケア病棟の評価の見直し

骨子【I-1-(1)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟は、ホスピスとしての機能と在宅移行支援としての機能が期待されるが、入院待ちする患者数の増加等を踏まえ、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. 入院初期の緩和ケアの評価と、外来・在宅緩和ケアの充実と併せて在宅への円滑な移行を促進するため、緩和ケア病棟入院基本料の評価体系の見直しを行う。

現 行	改定案
【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 3,780点	【緩和ケア病棟入院料】（1日につき） 1 30日以内の場合 〇点(改) 2 31日以上60日以内の場合 〇点(改) 3 61日以上の場合 〇点(改)

緩和ケアを行う医療機関の評価

骨子【I-1-(2)】

第1 基本的な考え方

緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算について、がん診療連携の拠点となる病院等以外であっても要件を満たし質の高い緩和ケアを行っている医療機関については、評価を行う等充実を図る。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケア病棟入院料及び緩和ケア診療加算に係る施設基準の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>	<p>【緩和ケア病棟入院料】 [施設基準]</p> <p>① 主として悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを一般病棟の病棟単位で行うものであること。</p> <p>② 当該病棟において1日に看護を行う看護師の数は、常時、当該病棟の入院患者の数が7又はその端数を増すごとに1以上であること。ただし、当該病棟において、1日に看護を行う看護師が本文に規定する数に相当する数以上である場合には、本文の規定にかかわらず、2以上であることとする。</p> <p>③ 当該療養を行うにつき十分な体</p>

<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p>⑧ <u>がん治療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること。</u></p> <p>⑨ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>③ <u>がん診療連携の拠点となる病院若しくはそれに準じる病院であること又は財団法人日本医療機能評</u></p>	<p>制が整備されていること。</p> <p>④ 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p>⑤ 当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。</p> <p>⑥ 当該病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。</p> <p>⑦ 健康保険法第63条第2項第4号及び高齢者医療確保法第64条第2項第4号に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係る病室が適切な割合であること。</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>⑧ 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して研修を実施していること。</p> <p>【緩和ケア診療加算】 [施設基準]</p> <p>① 緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備されていること。</p> <p>② 当該体制において、緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること。</p> <p><u>(削除)</u></p>
--	--

<u>価機構等が行う医療機能評価を受 けていること。</u>	
------------------------------------	--

2. 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

(新)	<u>がん性疼痛緩和指導料</u>	<u>小児加算</u>	<u>〇点</u>
(新)	<u>緩和ケア診療加算</u>	<u>小児加算</u>	<u>〇点</u>
(新)	<u>外来緩和ケア管理料</u>	<u>小児加算</u>	<u>〇点</u>

(*「外来緩和ケア管理料」は今回改定で新設予定(重点課題1-4))

[算定要件]

15歳未満の小児患者に対し、当該指導管理を行った場合に算定する。

外来緩和ケアの更なる評価

骨子【I-1-(3)】

第1 基本的な考え方

外来のがん患者は様々な苦痛を有しており、早期から専門的な緩和ケアチームがかかわることで苦痛緩和が得られ、QOLが改善するのみならず生命予後が改善する可能性があるが、全国的には、専門的な緩和ケアを受けているがん患者数は十分ではない。こうした状況を踏まえ、がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 緩和ケアチーム等の評価

(1) 専門的な緩和ケアチームによる外来緩和ケアの評価を新設する。
「重点課題1-4」を参照のこと。

(2) 緩和ケアの経験を有する医師が、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して療養上必要な指導を行った場合の評価を行う。

現 行	改定案
【がん性疼痛緩和指導管理料】 100点	【がん性疼痛緩和指導管理料】 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> ○点(新) 2 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 2</u> ○点(改) [算定要件] 1 <u>がん性疼痛緩和指導管理料 1</u> 緩和ケアの経験を有する医師が直接

<p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>	<p>当該指導管理を行った場合に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該医療機関内に、緩和ケアの経験を有する医師が配置されていること。</p>
--	--

(3) 小児の緩和ケアについては、特別な配慮を必要とすることから、がん性疼痛緩和指導料、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料に小児加算を新設する。

「I-1-②」を参照のこと。

在宅における緩和ケアの評価

骨子【I-1-(4)】

1. 悪性腫瘍患者について、在宅医療を担う医療機関の医師と、緩和ケア病棟等の専門の医師とが連携して、同一日に診療を行った場合に限り、両方の医療機関が同一の在宅療養指導管理料を算定することを可能にする。

「重点課題2-1-②」を参照のこと。

2. 鎮痛療法又は化学療法を行っている入院中以外の緩和ケアニーズを持つ悪性腫瘍の患者について、医療機関等の専門性の高い看護師と訪問看護ステーションの看護師が同一日に訪問することについて評価を行う。

「重点課題2-1-②」

3. 機能を強化した在支診・在支病の評価と併せて、在宅がん医療総合診療料の引き上げを行うとともに名称の変更を行う。

「重点課題2-1-②」

医療用麻薬処方日数（14日）制限の緩和

骨子【I-1-(5)】

第1 基本的な考え方

1. 麻薬及び向精神薬取締法に規定する麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、一部30日分を処方することが認められている。
2. 在宅での緩和医療を推進するため、医療用麻薬製剤について、医療の実態を踏まえ、以下の見直しを行う。

第2 具体的な内容

緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、医療用麻薬である以下の4製剤について、30日分処方に改める。

- ・ コデインリン酸塩（内用）
- ・ ジヒドロコデインリン酸塩（内用）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤（注射）
- ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤（外用）

がん診療連携の充実

骨子【I-1-(6)】

第1 基本的な考え方

地域の医療機関におけるがん診療連携をより一層推進させる観点から、現行の連携に係る点数について、多様化したがん治療に対応できるよう、要件等の見直しを行う。

第2 具体的な内容

1. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。

現 行	改定案
<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者</p>	<p>【がん診療連携拠点病院加算】（入院初日） 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された患者、<u>または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断された患者</u></p>

2. 紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

(新) がん治療連携管理料 〇点

[算定要件]

別の医療機関の医師に悪性腫瘍と診断された入院中の患者以外の患者、または悪性腫瘍疑いで紹介され、がん診療連携拠点病院の医師に悪性腫瘍と診断さ

れた入院中の患者以外の患者に対して、化学療法又は放射線治療を行った場合

3. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

現 行	改定案
<p>【がん治療連携計画策定料】 750点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中にがん治療連携計画を策定し、退院時に別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p>	<p>【がん治療連携計画策定料】</p> <p>1 がん治療連携計画策定料 1 750点</p> <p>2 <u>がん治療連携計画策定料 2</u> ○点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>がん治療連携計画策定料 1 入院中又は退院の日から30日以内にがん治療連携計画を策定し、別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。</p> <p>がん治療連携計画策定料 2 <u>がん治療連携計画策定料 1 を算定した患者であって、状態の変化等により計画の変更が必要となり、連携医療機関から計画策定病院に紹介され、計画の変更を行った場合（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）、月 1 回に限り算定する。</u></p>

4. リンパ浮腫指導管理料の算定要件の見直し

手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において 2 度目の指導を受けた場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 219 852 255">【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p data-bbox="331 277 496 313">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 333 863 651">当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関において、退院した日の属する月又はその翌月に注1に規定する指導を再度実施した場合に、1回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="906 219 1426 255">【リンパ浮腫指導管理料】 100点</p> <p data-bbox="906 277 1070 313">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 333 1430 875">当該点数を算定した患者であって当該保険医療機関を退院したものに対して、当該保険医療機関又は術後に<u>地域連携診療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）</u>において、退院した日の属する月又はその翌月に指導を再度実施した場合に、当該指導を実施した医療機関において1回に限り算定する。</p>

5. がん患者カウンセリング料の算定要件の見直し

継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

現 行	改定案
<p data-bbox="331 1305 852 1344">【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p data-bbox="331 1366 496 1402">[算定要件]</p> <p data-bbox="339 1422 863 2016">別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。</p>	<p data-bbox="906 1305 1426 1344">【がん患者カウンセリング料】 500点</p> <p data-bbox="906 1366 1070 1402">[算定要件]</p> <p data-bbox="906 1422 1430 2016">別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、がんと診断された患者であって継続して治療を行うものに対して、当該患者の同意を得て、当該保険医療機関の保険医が看護師と共同して、診療方針等について十分に話し合い、その内容を文書等により提供した場合に、患者1人につき1回に限り算定する。<u>ただし、地域連携診</u></p>

	<p><u>療計画に基づいた治療を行う当該別の医療機関に転院した場合は転院先の医療機関（がん治療連携指導料を算定した場合に限る）においても患者1人につき1回に限り算定できる。</u></p>
--	---

外来放射線照射診療料の創設

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

我が国の放射線治療の患者の割合は欧米諸国に比して低いものの、放射線治療患者数は著明に増加している。一方で、放射線治療医の増加率は低く、放射線治療医1人あたりの患者数は増加しており、患者の放射線治療待ち時間が延長している。

外来での放射線治療時には毎回の診察を前提としていることについて、患者の状態像や医療機関における治療提供時の体制を踏まえ、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

第2 具体的な内容

外来放射線照射実施計画において、1週間に概ね5日間の放射線照射を実施することとしている外来の患者に対し、医師の指示による看護師や診療放射線技師等のチームによる毎回の観察を評価する。

(新) 外来放射線照射診療料 ○点

[算定要件]

- ① 放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が診察を行った日に算定し、算定日から7日間は医師による診察を行わない日であっても放射線照射を実施してよい。ただし、第2日目以降の看護師、診療放射線技師等による患者の観察については、照射毎に記録し、医師に報告すること。
- ② 放射線治療を行う前に、放射線治療による期待される治療効果や成績などとともに、合併症、副作用等についても必ず患者に説明し、文書等による同意を得ること。
- ③ 関係学会による放射線精度管理等のガイドラインを遵守すること。
- ④ 算定日から7日間は放射線照射を実施した日について初・再診料、外来診

療料を算定しない。

- ⑤ 算定した日を含め、3日間以内で照射が終了する場合は、本点数の100分の50を請求する。

[施設基準]

- ① 放射線照射を行うときは、当該保険医療機関に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が勤務していること。
- ② 専従の看護師及び専従の診療放射線技師がそれぞれ1名以上勤務していること。
- ③ 放射線治療に係る医療機器の安全管理、保守点検及び安全使用のための精度管理を専ら担当する技術者（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が1名以上勤務していること。
- ④ 緊急の合併症等時に放射線治療医（放射線治療の経験を5年以上有するものに限る。）が対応できる連絡体制をとること。

小児入院医療管理料における放射線治療の評価

骨子【I-1-(7)】

第1 基本的な考え方

小児悪性腫瘍における有効な治療手段である放射線治療について、小児入院医療管理料における評価を改める。

第2 具体的な内容

小児入院医療管理料の包括範囲から放射線治療を除く。

現 行	改定案
<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院医療管理加算、</p>	<p>【小児入院医療管理料】</p> <p>診療に係る費用(投薬、注射、手術、麻酔、<u>放射線治療</u>、病理診断・判断料、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、医師事務作業補助体制加算、超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、地域加算、離島加算、小児療養環境特別加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、新生児特定集中治療室退院調整加算を除く(小児入院医療管理料3及び4においては、加えて救急搬送患者地域連携紹介加算及び救急搬送患者地域連携受入加算も除く。小児入院医療管理料5においては、加えて児童・思春期精神科入院</p>

<p>強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>	<p>医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算も除く))は、小児入院医療管理料に含まれるものとする。</p>
---	--

糖尿病透析予防指導の評価

骨子【I-2-(1)】

第1 基本的な考え方

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加していることを勘案し、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 ○点

[算定要件]

ヘモグロビン A_{1c} (HbA_{1c}) が○% (JDS 値) 以上、○% (国際標準値) 以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

たばこ対策への評価

骨子【I-2-(2)】

第1 基本的な考え方

受動喫煙による健康への悪影響は明確であり、公共の場においては原則として全面禁煙を目指しているが、屋内全面禁煙を実施していない病院がみられることを勘案し、生活習慣病患者、小児、呼吸器疾患患者等に対する指導管理にあたっては、緩和ケア病棟等の現状にも配慮しつつ、屋内全面禁煙を原則とするよう要件の見直しを行う。

第2 具体的な内容

生活習慣病、小児、呼吸器疾患患者等に対する入院基本料等加算及び医学管理等を算定する場合には、原則屋内全面禁煙を行うよう要件を見直す。

(対象となる入院基本料等加算及び医学管理等の例)

- 1 総合入院体制加算
- 2 乳幼児加算・幼児加算
- 3 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算
- 4 小児療養環境特別加算
- 5 がん診療連携拠点病院加算
- 6 ハイリスク妊娠管理加算
- 7 ハイリスク分娩管理加算
- 8 呼吸ケアチーム加算
- 9 悪性腫瘍特異物質治療管理料
- 10 小児特定疾患カウンセリング科
- 11 小児科療養指導料
- 12 外来栄養食事指導料
- 13 入院栄養食事指導料
- 14 集団栄養食事指導料
- 15 喘息治療管理料

- 16 小児悪性腫瘍患者指導管理料
- 17 糖尿病合併症管理料
- 18 乳幼児育児栄養指導料
- 19 生活習慣病管理料
- 20 ハイリスク妊産婦共同管理料
- 21 がん治療連携計画策定料
- 22 がん治療連携指導料

[施設基準]

- ① それぞれの施設基準に加え、当該保険医療機関の屋内が禁煙であること。
- ② 保険医療機関が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険医療機関の保有又は借用している部分が禁煙であること。
- ③ 緩和ケア病棟入院料、精神病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（精神病棟）、精神科救急入院料、精神急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料を算定している病棟においては分煙でも差し支えない。
- ④ 分煙を行う場合は、喫煙場所から非喫煙場所にたばこの煙が流れないことはもちろんのこと、適切な受動喫煙防止措置を講ずるよう努めること。喫煙可能区域を設定した場合においては、禁煙区域と喫煙可能区域を明確に表示し、周知を図り、理解と協力を求めると共に、喫煙可能区域に未成年者や妊婦が立ち入ることがないように、措置を講ずる。例えば、当該区域が喫煙可能区域であり、たばこの煙への曝露があり得ることを注意喚起するポスター等を掲示する等の措置を行う。

[経過措置]

平成〇年〇月〇日までは従前の通り算定可能。

精神科急性期入院医療の評価

骨子【I-3-(1)】

第1 基本的な考え方

精神科急性期入院医療について、精神科救急医療機関の身体合併症患者の対応に関する評価を見直すとともに、精神科救急医療機関と精神科医療機関の連携についての評価を新設する。

また、児童思春期の精神科入院医療について、小児病院と精神科病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、診療報酬上必要な評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 身体合併症の対応に関する評価

- (1) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。
- (2) 精神科救急医療機関における身体合併症患者の受入をさらに促進するため、精神科身体合併症管理加算の評価を引き上げる。

現 行	改定案
【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 350点	【精神科身体合併症管理加算】 (1日につき) 〇点(改)

2. 精神科救急医療機関の後方病床の評価

- (1) 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

- (新) 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算（退院時 1 回） ○点
(新) 精神科救急搬送患者地域連携受入加算（入院初日） ○点

[算定要件]

精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている精神病棟に緊急入院した患者であって、入院日から 60 日以内に当該医療機関から他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

- ① 紹介加算は、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ② 受入加算は、精神病棟入院基本料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料の届出を行っている医療機関が算定できる。
- ③ 連携医療機関間で患者の転院受入体制に関する協議をあらかじめ行う。

(2) 精神病棟入院基本料において、急性期医療を担う医療機関から転院を受け入れた場合について評価を新設する。

- (新) 救急支援精神病棟初期加算（14 日以内、1 日につき） ○点

[算定要件]

救急搬送患者地域連携受入加算又は精神科救急搬送患者地域連携受入加算を算定された患者が対象。

[施設基準]

精神病棟入院基本料の届出を行っている精神病棟が算定できる。

3. 児童・思春期精神科入院医療の評価

(1) 小児精神医療について、小児病院、精神病院それぞれにおいて適切な評価となるよう、児童・思春期精神科入院医療管理料を新設する。

- (新) 児童・思春期精神科入院医療管理料 ○点（1 日につき）

[算定要件]

20 歳未満の精神疾患を有する患者について病棟又は病室単位で算定する。

[施設基準]

- ① 20 歳未満の精神疾患を有する患者を概ね 8 割以上入院させる病棟又は治療室であること。
- ② 小児医療及び児童・思春期の精神医療を専門とする常勤医師が 2 名以上（うち 1 名は精神保健指定医）
- ③ 看護師配置常時 10 対 1 以上（夜勤看護師 2 名以上）
- ④ 専従の常勤精神保健福祉士、臨床心理技術者がそれぞれ 1 名以上

(2) 児童・思春期精神科入院医療管理料の新設に合わせ、児童・思春期精神科入院医療管理加算は廃止する。

精神科慢性期入院医療の評価

骨子【I-3-(2)】

第1 基本的な考え方

精神療養病棟において、重症者を受け入れている病棟を評価するとともに、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 精神療養病棟入院料の重症者加算の見直し

精神療養病棟入院料に重症者加算を新設後、重症者の受入が進んでいる傾向があり、より重症者を受け入れている病棟を評価するため、同加算の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>重症者加算 40点</p> <p>[算定要件]</p> <p>GAFスコアが40以下の患者について算定する。</p>	<p>【精神療養病棟入院料】注4（1日につき）</p> <p>1 重症者加算1 ○点(改)</p> <p>2 重症者加算2 ○点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 <u>重症者加算1</u></p> <p><u>精神科救急医療体制整備事業に協力している保険医療機関であつて、GAFスコアが0以下の患者について算定する。</u></p> <p>2 <u>重症者加算2</u></p> <p><u>GAFスコアが0以下の患者について算定する。</u></p>

[経過措置]

重症者加算1について、平成25年3月31日までは精神科救急医療体制整

備事業に協力しているものとみなす。

2. 精神療養病棟の退院支援の評価

精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。

(新) 退院支援加算（退院時） ○点

[算定要件]

退院支援計画等を作成し、退院支援を行っていること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従する1人の従事者（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）が勤務していること。

地域における精神医療の評価

骨子【I-3-(3)】

第1 基本的な考え方

地域における精神医療について、精神科デイ・ケア等の要件の見直し、通院・在宅精神療法で精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価、認知療法・認知行動療法の要件の見直し、多剤・多量投与の適正化について精神科継続外来支援・指導料の要件の見直し、治療抵抗性の統合失調症治療の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 精神科訪問看護の報酬体系の見直し

- (1) 訪問看護指示は、疾病等により通院による療養が困難な者に対して指示を行うものであるが、精神科訪問看護においては、こうした患者以外の患者に対しても訪問看護が必要な場合もあるため、見直しを行う。
- (2) 訪問看護療養費は、現在精神科に着目した点数は精神障害者社会復帰支援施設に入所している複数の者に対するものしかないため、精神科専門療法の精神科訪問看護・指導料と同様の整理を行う。
「重点課題2-5-③」を参照のこと。

2. 精神科デイ・ケア等の見直し

- (1) 精神科デイ・ケア等は、精神科病院からの退院、地域移行に必要なサービスの一つであり、精神科デイ・ケア（1日につき6時間）と精神科ショート・ケア（1日につき3時間）の大規模なものについて要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定できることとする。また、入院中の患者が精神科デイ・ケア又は精神科ショート・ケアを利用した場合の評価を行う。

現 行	改定案
<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科ショート・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 275点</p> <p>2 大規模なもの 330点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して精神科ショート・ケアを行った場合は、所定点数の〇分の〇に相当する点数を算定する。ただし、入院中1回までとする。</u></p>
<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。</p>	<p>【精神科デイ・ケア】（1日につき）</p> <p>1 小規模なもの 590点</p> <p>2 大規模なもの 700点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において行われる場合に算定する。<u>ただし、2については、疾患ごとの診療計画を作成して行った場合に算定する。</u></p> <p>② <u>I 011精神科退院指導料を算定し退院予定の入院中の患者に対して</u></p>

	精神科デイ・ケアを行った場合は、 所定点数の〇分の〇に相当する点 数を算定する。ただし、入院中1回 までとする。
--	---

- (2) 精神科デイ・ナイト・ケアの要件を見直し、患者の状態像に応じた疾患別等プログラムを実施した場合の評価を新設する。

現 行	改定案
【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 1,040点	【精神科デイ・ナイト・ケア】（1日につき） 〇点(改) 疾患別等診療計画加算 〇点(新) [算定要件] 疾患別等診療計画加算 精神科デイ・ナイト・ケアを実施する際に疾患ごとの診療計画を作成している場合に算定する。

3. 通院・在宅精神療法の見直し

- (1) 地域に移行した患者が時間外でも適切な医療が受けられるように、通院・在宅精神療法の要件を見直し、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医の評価を引き上げる。
- (2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
【通院・在宅精神療法】（1日につき） 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行っ	【通院・在宅精神療法】（1日につき） 1 区分番号A000に掲げる初診料を算定する初診の日において精神科救急医療体制の確保に協力等を行って

た場合	500点	いる精神保健指定医等が通院・在宅精神療法を行った場合	○点(改)
2 1 以外の場合		2 1 以外の場合	
イ 30分以上の場合	400点	イ 30分以上の場合	400点
ロ 30分未満の場合	330点	ロ 30分未満の場合	330点
		<p>2のイについて、抗精神病薬を服用している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度(DIEPSS)を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に○点を加算する。</p>	

(3) 児童青年の精神科通院治療において、16歳未満では初診日からの平均通院期間が2年以上であることを踏まえ、通院在宅精神療法の20歳未満加算の要件の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。</p>	<p>【通院・在宅精神療法】注3（1日につき）</p> <p>20歳未満加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>20歳未満の患者に対して通院・在宅精神療法を行った場合、初診の日から起算して1年以内の期間に行った場合に限り算定する。<u>ただし、児童・思春期入院料に係る届出を行った保険医療機関において、16歳未満の患者に対して行った場合は2年以内</u>に限り算定する。</p>

4. 認知療法・認知行動療法の見直し

認知療法・認知行動療法について、精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が実施した場合とそれ以外の医師が実施した場合の評価を明確化するとともに、普及状況の把握等の観点から、届出を要することとする。

現 行	改定案
<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p style="text-align: right;">420点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>	<p>【認知療法・認知行動療法】（1日につき）</p> <p>1 <u>認知療法・認知行動療法 1</u></p> <p style="text-align: right;">〇点(新)</p> <p>2 <u>認知療法・認知行動療法 2</u></p> <p style="text-align: right;">〇点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知療法・認知行動療法 1</p> <p>① <u>精神科を標榜する保険医療機関であること。</u></p> <p>② <u>精神科救急医療体制の確保に協力等を行っている精神保健指定医が行った場合に算定する。</u></p> <p>2 認知療法・認知行動療法 2</p> <p>① 精神科を標榜する保険医療機関以外の保険医療機関においても算定できるものとする。</p> <p>② 認知療法・認知行動療法に習熟した医師が行った場合に算定する。</p>

5. 向精神薬の多量・多剤投与の適正化

(1) 向精神薬は多量に使用しても治療効果が高めないばかりか、副作用のリスクを高めることが知られており、精神科継続外来支援・指導料について、抗不安薬又は睡眠薬の処方薬剤数が2剤以下の場合と、3剤以上の場合で分けて評価を行う。

(2) 抗精神病薬を服用中の患者に対して、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合について、評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>③ 他の精神科専門療法と同一日に</p>	<p>【精神科継続外来支援・指導料】（1日につき） 55点</p> <p>① 入院中の患者以外の患者について、精神科を担当する医師が、患者又はその家族等に対して、病状、服薬状況及び副作用の有無等の確認を主とした支援を行った場合に、患者1人につき1日に1回に限り算定する。</p> <p>② <u>当該患者に投与している抗不安薬又は睡眠薬が3剤以上の場合は、所定点数の〇分の〇に相当する点数を算定する。</u></p> <p>③ 医師による支援と併せて、精神科を担当する医師の指示の下、保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が、患者又はその家族等に対して、療養生活環境を整備するための支援を行った場合は、所定点数に40点を加算する。</p> <p>④ <u>抗精神病薬を服用中している患者について、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）を用いて薬原性錐体外路症状の重症度評価を行った場合は、月1回に限り所定点数に〇点を加算する。</u></p> <p>⑤ 他の精神科専門療法と同一日に</p>

行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。	行う精神科継続外来支援・指導に係る費用は、他の精神科専門療法の所定点数に含まれるものとする。
--	--

6. 治療抵抗性の統合失調症治療の評価

治療抵抗性の統合失調症患者に対し、重篤な副作用が発現するリスクの高い治療抵抗性統合失調症治療薬が使用されている場合に、医学管理を行うことについての評価を新設するため、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料の名称と要件を見直す。

現 行	改定案
<p>【持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料】（1月につき） 250点</p> <p>[算定要件]</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p>	<p>【抗精神病特定薬剤治療指導管理料】 （1月につき）</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料 250点</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料 ○点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料</p> <p>持続性抗精神病注射薬剤を投与している入院中の患者以外の統合失調症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>届出を行った医療機関において、治療抵抗性統合失調症治療薬を投与している治療抵抗性統合失調</p>

	<p><u>症患者に対して、計画的な医学管理を継続して行い、かつ、当該薬剤の効果及び副作用等について患者に説明し、療養上必要な指導を行った場合に、月1回に限り、当該薬剤を投与したときに算定する。</u></p> <p>[対象薬剤]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p><u>クロザピン</u></p> <p>[施設基準]</p> <p>2 治療抵抗性統合失調症治療指導管理料</p> <p>① <u>当該保険医療機関において、統合失調症の治療、診断を行うにつき十分な経験を有する常勤医師と常勤薬剤師が配置されている。</u></p> <p>② <u>副作用に対応できる体制が整備されていること。</u></p>
--	---

7. 精神科リエゾンチーム加算を新設する。
「重点課題1-4」を参照のこと。

認知症入院医療の評価

骨子【I-4-(1)】

第1 基本的な考え方

認知症に係る入院医療について、認知症の行動・心理症状（BPSD）の改善に入院日から概ね1カ月程度の治療が重要であることを踏まえ、短期集中的な認知症治療の更なる評価により、早期退院を推進するとともに、退院支援の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 認知症治療病棟入院料の見直し

(1) 認知症治療病棟入院料の入院30日以内についてさらなる評価を行い、入院61日以降の長期入院の評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき）</p> <p>1 認知症治療病棟入院料 1</p> <p>イ 60日以内の期間 1,450点</p> <p>ロ 61日以上期間 1,180点</p> <p>2 認知症治療病棟入院料 2</p> <p>イ 60日以内の期間 1,070点</p> <p>ロ 61日以上期間 970点</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき）</p> <p>1 認知症治療病棟入院料 1</p> <p>イ <u>30日以内の期間</u> 〇点(改)</p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> 〇点(改)</p> <p>ハ 61日以上期間 〇点(改)</p> <p>2 認知症治療病棟入院料 2</p> <p>イ <u>30日以内の期間</u> 〇点(改)</p> <p>ロ <u>31日以上60日以内の期間</u> 〇点(改)</p> <p>ハ 61日以上期間 〇点(改)</p>

(2) 認知症治療病棟入院料について包括範囲の見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき） [包括範囲] 診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】 （1日につき） [包括範囲] 診療にかかる費用（臨床研修病院入院診療加算、地域加算、離島加算、精神科措置入院診療加算、精神科身体合併症管理加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算、精神科専門療法、<u>J-038人工腎臓（入院〇日以内に限る）</u>並びに除外薬剤・注射薬の費用は除く）は、認知症治療病棟入院料に含まれるものとする。</p>

2. 認知症夜間対応の評価

認知症治療病棟で、夜間に十分な看護補助者を配置することにより、手厚い体制で看護を行っている場合の評価を新設する。

(新) 認知症夜間対応加算（1日につき） ○点

[算定要件]

- ① 夜間に看護補助者を配置し、夜勤を行う看護要員が3人以上の場合に算定できる。
- ② 入院日から30日以内であること。

3. 退院支援の評価

認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 100点</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が配置されていること。</p>	<p>【認知症治療病棟入院料】注2（退院時）</p> <p>退院調整加算 <u>〇点</u>（改）</p> <p>[算定要件]</p> <p>当該病棟に6月以上入院している患者について退院支援計画を作成し、退院調整を行った場合に、退院時に算定する。</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関内に<u>退院支援部署を設置し、専従の精神保健福祉士及び専従の従事者1人（看護師、作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士又は臨床心理技術者のいずれか）</u>が配置されていること。</p>

認知症患者の外来診療の評価

骨子【I-4-(2)】

第1 基本的な考え方

認知症の早期診断をより一層推進するため、認知症専門診断管理料のさらなる評価を行うとともに、BPSDが増悪した認知症患者の紹介を受けた専門医療機関の評価を新設する。また、認知症と診断された患者について、かかりつけ医がその後の管理を行うことについての評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 認知症専門診断管理料の見直し

現 行	改定案
<p>【認知症専門診断管理料】 (1人につき1回) 500点</p> <p>[算定要件]</p> <p>① 入院中の患者以外のものに対して算定する。</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定し、紹介元の医療機関に</p>	<p>【認知症専門診断管理料】(1人につき1回)</p> <p>1 <u>認知症専門診断管理料1</u> 〇点(改)</p> <p>2 <u>認知症専門診断管理料2</u> 〇点(新)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 認知症専門診断管理料1</p> <p>① 以下の者に対して算定する。 ・入院中の患者以外のもの ・他の医療機関の療養病棟に入院中のもの</p> <p>② 他の医療機関等から紹介された認知症の疑いのある患者に対し、認知症の鑑別診断を行い、療養方針を決定(認知症と診断された場合は認</p>

<p>紹介した場合に算定。</p>	<p>知症療養計画を作成)し、紹介元の医療機関に紹介した場合に算定。</p> <p>③ <u>認知症療養計画とは、病名、症状の評価(認知機能、生活機能、行動・心理症状等)、家族等の介護負担度の評価、今後の療養方針、緊急時の対応、その他必要な項目が記載されたものである。</u></p> <p>2 認知症専門診断管理料2</p> <p>① 入院中の患者以外の患者に対して算定する。</p> <p>② <u>他の医療機関等から紹介された認知症の症状が増悪した患者に対して、診療を行った上で療養方針を決定し、紹介元の医療機関等に紹介した場合、〇月に1回に限り算定。</u></p>
-------------------	---

2. 認知症療養指導料の新設

専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

(新) 認知症療養指導料 〇点(月1回、〇月まで)

[算定要件]

専門医療機関において認知症専門診断管理料1を算定された患者に対し、専門医療機関からの診療情報に基づく診療を行った日から起算して〇月に限り算定する。

重度認知症患者デイ・ケア料の評価

骨子【I-4-(3)】

第1 基本的な考え方

認知症患者について、夜間に徘徊や多動等の症状の増悪を認めることがあり、重度認知症患者デイ・ケアにおいて、手厚い人員体制で夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

重度認知症患者デイ・ケア料において、夜間のケアを行った場合の評価を新設する。

(新) 夜間ケア加算 〇点（1日につき）

[算定要件]

- ① 夜間の精神状態及び行動異常が著しい重度認知症患者に対して、通常の重度認知症デイ・ケアに加え、2時間以上夜間ケアを行った場合に算定する。
- ② 当該加算を算定した日から起算して1年以内に限る。

[施設基準]

夜間により手厚い体制で従事者を配置していること。

長期療養中の認知症患者の急性増悪に対する 医療連携の評価

骨子【I-4-(4)】

第1 基本的な考え方

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際に、療養病床を有する医療機関と認知症治療病床を有する他の医療機関が互いに連携し、認知症治療病棟へ一時的に転院して治療を行った後、状態の落ち着いた患者について、療養病床を有する医療機関が転院を受け入れた場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

- | | | |
|-----|---------------------------|----|
| (新) | <u>地域連携認知症集中治療加算（退院時）</u> | ○点 |
| (新) | <u>地域連携認知症支援加算（再転院時）</u> | ○点 |

[算定要件]

- ① 療養病床、有床診療所療養病床に入院中の患者であって、BPSD等の急性増悪等により認知症に対する短期集中的な医療が必要となった者が対象。
- ② 療養病床から認知症治療病棟に紹介し、○日以内に紹介元の療養病床に転院した場合、認知症治療病棟から転院時に算定。

結核病棟入院基本料における退院基準の評価

骨子【I-5-(1)】

第1 基本的な考え方

結核病棟入院基本料において、診療報酬上、退院基準に関する規定のないものがあるため、感染症法における退院基準を踏まえた見直しを行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、感染症法における退院基準を満たした患者については特別入院料を算定する。

現 行	改定案
<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料又は13対1入院基本料の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>	<p>【結核病棟入院基本料】</p> <p>注2（1日につき）特別入院基本料 550点</p> <p>7対1入院基本料、10対1入院基本料、13対1入院基本料、<u>15対1入院基本料</u>、<u>18対1入院基本料</u>又は<u>20対1入院基本料</u>の届出をした病棟に入院している患者であって、感染症法に規定された基準に従い退院させることができる患者については、退院させることができることが確定した日以降は特別入院基本料を算定する。</p> <p>[退院させることができる要件]</p> <p>① 2週間以上の標準的化学療法が実施され、咳、発熱、痰等の臨床症状が消失している。</p>

<p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>	<p>② 2週間以上の標準的化学療法を実施した後の異なった日の喀痰の塗抹検査又は培養検査の結果が連続して3回陰性である。(3回の検査は、原則として塗抹検査を行うものとし、①による臨床症状消失後にあつては、速やかに連日検査を実施する。)</p> <p>③ 患者が治療の継続及び感染拡大の防止の重要性を理解し、かつ、退院後の治療の継続及び他者への感染の防止が可能であると確認できている。</p>
---	---

結核病棟入院基本料における服薬管理等の評価

骨子【I-5-(2)】

第1 基本的な考え方

入院結核患者について、直接監視下短期化学療法（DOTS）の実施や会議の開催、保健所との連携に関して、医療機関でのDOTSの中身にはばらつきが大きく、また、ガイドラインの活用も徹底されていないこと等を勘案し、入院中の包括的な服薬管理等（院内DOTS）を軸に地域に帰ってからも継続的に服薬支援を行うことについて、評価を行う。

第2 具体的な内容

結核病棟入院基本料において、院内DOTSや服薬支援、保健所との連携等を行うことについて評価を行う。

現 行		改定案	
【結核病棟入院基本料】（1日につき）		【結核病棟入院基本料】（1日につき）	
1	7対1入院基本料 1,447点	1	7対1入院基本料 <u>〇点</u> (改)
2	10対1入院基本料 1,192点	2	10対1入院基本料 <u>〇点</u> (改)
3	13対1入院基本料 949点	3	13対1入院基本料 <u>〇点</u> (改)
4	15対1入院基本料 886点	4	15対1入院基本料 <u>〇点</u> (改)
5	18対1入院基本料 757点	5	18対1入院基本料 <u>〇点</u> (改)
6	20対1入院基本料 713点	6	20対1入院基本料 <u>〇点</u> (改)
		[施設基準]	
		<u>結核患者に化学療法を行う際には、服薬支援計画の作成、服薬支援の実施、患者教育の実施及び保健所との連携を行っていること。</u>	
		<u>施設基準を満たさない場合は、特別入院基本料として、550点を算定する。</u>	

陰圧室、無菌治療室の適正な評価

骨子【I-5-(3)】

第1 基本的な考え方

二類感染症患者療養環境特別加算（陰圧室加算）について、陰圧室の明確な基準がなく、圧の状態を毎日点検していない施設があることを踏まえ、要件を明確化する。また、無菌治療室についても、実態にあった運用要件について検討する。

第2 具体的な内容

1. 二類感染症患者療養環境特別加算における陰圧室加算について、要件を明確化する。

現 行	改定案
<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。</p>	<p>【二類感染症患者療養環境特別加算】 (1日につき)</p> <p>2 陰圧室加算 200点</p> <p>[算定要件]</p> <p>二類感染症患者又は鳥インフルエンザ患者等を陰圧室に入院させた場合に算定する。<u>ただし、陰圧室加算を算定する日にあつては、煙管または差圧計等で陰圧の状況を確認すること。</u></p>

2. 無菌治療室管理加算について、医療の実態にあわせた施設基準を設定する。なお、経過措置として平成25年3月31日までは従前の例による。

現 行	改定案
【無菌治療室管理加算】(1日につき)	【無菌治療室管理加算】(1日につき)

3,000点	<p>1 無菌治療室管理加算 1 3,000点</p> <p>2 無菌治療室管理加算 2 〇点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 無菌治療室管理加算 1</p> <p>① <u>個室であること。</u></p> <p>② 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>③ 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス6以上</u> であること。</p> <p>④ <u>室内の空気の流れが一方向であること。</u></p> <p>2 無菌治療室管理加算 2</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度が <u>ISOクラス7以上</u> であること。</p>
<p>[施設基準]</p> <p>① 滅菌水の供給が常時可能であること。</p> <p>② 室内の空気清浄度がクラス1万以下であること。</p>	

[経過措置]

現在、この加算を算定している医療機関は、平成25年3月31日までは無菌治療室管理加算1を算定できる。

感染防止対策への評価

骨子【I-5-(4)】

第1 基本的な考え方

院内感染の防止策について、感染防止対策チームの評価を医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームを持つ医療機関と300床未満の医療機関との連携、及び感染防止対策チームを持つ医療機関同士が相互に感染防止対策に関する評価を行った場合や、連携して院内感染対策に当たった場合の評価を行う。

第2 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し

(1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

(新) 感染防止対策加算1 〇点 (入院初日)

(新) 感染防止対策加算2 〇点 (入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を終了した専任の看護師（医師又は看護師のうち1名は専従）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。

- ③ 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であること。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師（医師、看護師とも専任で差し支えない）、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

(2) 感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

2. 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

(新) 感染防止対策地域連携加算 〇点（入院初日）

[施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

回復期リハビリテーション病棟入院料の新たな評価

骨子【I-6-(1)】

第1 基本的な考え方

患者がより充実したリハビリテーションを行えるよう、回復期リハビリテーション病棟入院料について、より充実した体制で、より医学的処置の必要のある患者や重症な患者を受け入れ、状態改善や在宅復帰を十分行っている場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

1. 回復期リハビリテーション病棟入院料について新たな評価を創設する。

現 行	改定案
【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）	【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）
	1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 ○点(新)
1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点	2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ○点(改)
2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 1,600点	3 回復期リハビリテーション病棟入院料 3 1,600点

2. また、重症患者回復病棟加算については多くの医療機関で算定されていることから、入院料に包括して評価を行う。

(1) 回復期リハビリテーション病棟入院料 1

〔施設基準〕

- ① 常時 13 対 1 以上の看護配置があること。（看護師 7 割以上、夜勤看護職員 2 名以上）
- ② 常時 30 対 1 以上の看護補助者の配置があること。
- ③ 専任のリハビリテーション科の医師 1 名以上、専従の理学療法士 3 名以

上、作業療法士2名以上、言語聴覚士1名以上、専任の在宅復帰支援を担当する社会福祉士等1名以上の配置があること。

- ④ 在宅復帰率が7割以上であること。
- ⑤ 新規入院患者のうち3割以上が重症の患者（日常生活機能評価で10点以上の患者）であること。
- ⑥ 新規入院患者のうち1割5分以上が「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価表」のA項目が1点以上の患者であること。
- ⑦ 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること。

(2) 回復期リハビリテーション病棟入院料2

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>1 回復期リハビリテーション病棟入院料 1 1,720点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>【重症患者回復病棟加算】（1日につき） 50点</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>2 回復期リハビリテーション病棟入院料 2 ○点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 常時15対1以上の看護配置があること</p> <p>② 常時30対1以上の看護補助者の配置があること</p> <p>③ リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が適切に配置されていること。</p> <p>④ 在宅復帰率6割以上であること</p> <p>⑤ 新規入院患者のうち2割以上が重症の患者であること</p> <p>⑥ <u>重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること</u></p> <p><u>(削除)</u></p>

3. 回復期リハビリテーション病棟入院料における包括範囲について見直

しを行う。

現 行	改定案
<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（I）並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>	<p>【回復期リハビリテーション病棟入院料】（1日につき）</p> <p>〔包括範囲〕</p> <p>診療にかかる費用（リハビリテーション、臨床研修病院入院診療加算、医師事務作業補助体制加算（一般病棟に限る）、地域加算、離島加算、栄養管理実施加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算及び救急搬送患者地域連携受入加算（一般病棟に限る）、地域連携診療計画退院時指導料（I）、在宅医療、J-038 人工腎臓並びに除外薬剤・注射薬の費用を除く）は、回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれるものとする。</p>

早期リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(2)】

第1 基本的な考え方

発症後数日以内より開始するリハビリテーションは在院日数の短縮やADLの改善に効果があるが、現在、早期リハビリテーションの評価は30日間一律となっているため、より早期からのリハビリテーションについてさらなる評価を行い、それ以降について評価を見直す。

第2 具体的な内容

早期リハビリテーション加算について、より早期の期間における評価を引上げ、それ以降についての評価を見直す。

現 行	改定案
<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき) 早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>【心大血管疾患リハビリテーション料】 【呼吸器リハビリテーション料】 注2 (1単位につき)</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 (14日以内) <u>イ リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> ○点(新)</p> <p>ロ その他の場合 ○点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算 2 (15日以上30日以内) ○点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 1 <u>入院中の患者に対して、治療開始日から起算して14日以内に限り算定する。</u></p>

<p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】 注2（1単位につき） 早期リハビリテーション加算 45点</p> <p>[算定要件]</p> <p>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して30日以内に限り算定する。</p>	<p>2 早期リハビリテーション加算2 入院中の患者に対して、治療開始日から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p> <p>【脳血管疾患等リハビリテーション料】 【運動器リハビリテーション料】 注2（1単位につき） 1 早期リハビリテーション加算1 (14日以内) イ <u>リハビリテーション科の医師が勤務している医療機関の場合</u> ○点(新) ロ その他の場合 ○点(改)</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2 (15日以上30日以内) ○点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p>1 早期リハビリテーション加算 <u>入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して14日以内</u>に限り算定する。</p> <p>2 早期リハビリテーション加算2 入院中の患者に対して、発症、手術又は急性増悪から起算して<u>15日以上30日以内</u>に限り算定する。</p>
---	--

外来リハビリテーションの評価

骨子【I-6-(3)】

第1 基本的な考え方

外来でのリハビリテーションにおいて、現在は毎回医師の診察が必要となっているが、状態が安定している場合等、医学的に毎回医師の診察を必要としない患者が含まれているため、リハビリテーションスタッフが毎回十分な観察を行い、直ちに医師の診察が可能な体制をとりつつ、カンファレンス等でリハビリテーションの効果や進捗状況を確認している場合に限り、医師の包括的な指示の下にリハビリテーションを提供できるよう、評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

1週間に2回以上又は1週間に1回以上のリハビリテーションを実施しているが、必ずしも毎回医師の診察を必要としない患者について、リハビリテーションの包括的な指示に対する評価を新設する。

(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 1</u>	<u>〇点 (7日につき)</u>
(新)	<u>外来リハビリテーション診療料 2</u>	<u>〇点 (14日につき)</u>

[算定要件]

外来リハビリテーション診療料 1

- ① リハビリテーション実施計画において、1週間に2日以上疾患別リハビリテーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。
- ② 算定日から7日間は医師による診察を行わない日であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から7日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

外来リハビリテーション診療料 2

- ① リハビリテーション実施計画において、2週間に2日以上疾患別リハビリ

テーションを実施することとしている外来の患者に対し、包括的にリハビリテーションの指示が行われた場合に算定する。

- ② 算定日から 14 日間は医師による診察を行わない場合であってもリハビリテーションを実施してよい。
- ③ 算定日から 14 日間はリハビリテーションを実施した日について初・再診料、外来診療料を算定しない。

[施設基準]

- ① 毎回のリハビリテーションにあたり、リハビリテーションスタッフが十分な観察を行い、必要時に医師の診察が可能な体制をとっていること。
- ② 毎回のリハビリテーション後にカンファレンス等で医師がリハビリテーションの効果や進捗状況を確認していること。

訪問リハビリテーション中の急性増悪への対応

骨子【I-6-(4)】

第1 基本的な考え方

訪問リハビリテーションを実施している患者について、急性増悪等のため一時的に日常生活動作（以下ADLという）が低下した場合、早期に短期間の頻回リハビリテーションを行うことで改善が見込まれるため、一時的に集中的な訪問リハビリテーションを実施可能とする。

第2 具体的な内容

- 急性増悪等のためにADLが低下した場合、一時的に算定可能なリハビリテーション単位数を引き上げる。

現 行	改定案
<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。</p>	<p>【在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料】（1単位につき）</p> <p>1 同一建物居住者以外の場合 300点</p> <p>2 同一建物居住者の場合 255点</p> <p>[算定要件]</p> <p>患者1人につき、1と2を合わせて週6単位に限り算定する。<u>ただし、1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合、6月に1回、14日に限り1と2を合わせて1日4単位に限り算定する。</u></p>

- 上記について、介護保険の訪問リハビリテーションを実施中に、通院困難な状態であって、急性増悪等により1月にバーセル指数又はFIMが5点以上悪化した場合にも、6月に1回、14日間に限り医療保険から1日4単位まで訪問リハビリテーションを提供できるようにする。

リハビリテーションの充実について

骨子【I-6-(5)(6)】

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等に対する脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらを原則次回改定までとする。

「重2-6-①」を参照のこと。

2. 要介護被保険者等について、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合の脳血管疾患リハビリテーション及び運動器リハビリテーションの評価を見直す。

「重2-6-①」を参照のこと。

3. 介護保険のリハビリテーションに移行後に医療保険の疾患別リハビリテーションを算定できる期間を2月間に延長し、当該移行期間の2月目については疾患別リハビリテーションを算定できる単位数を7単位までとする。

「重2-6-②」を参照のこと。

医療技術の適切な評価

骨子【I-8-(1)】

第1 基本的な考え方

我が国の医療水準は国際的にみても高い状況にあり、引き続き、質の高い医療が継続的に提供される体制を確保するためにも、外科的な手術や専門性の高い医学的な管理などの医療技術について、難易度や専門性に応じた適切な評価を行う必要がある。

第2 具体的な内容

1. 手術料の適切な評価

平成22年度の診療報酬改定における手術料の引き上げの効果に鑑み、我が国における手術の技術水準を確保するため、最新の外保連試案の評価を参考に、手術料について適切な評価を行う。

(1) 外保連試案を活用した手術料の引き上げ

「外保連試案第8版」における技術度・協力者数・時間に基づき、診療報酬における手術の相対的な評価をより精緻化する。中でも、高度な専門性を要する手術や緊急対応が必要となる手術などをより重点的に評価する。

(2) 評価対象手術

手術料の見直しについては、外科系の医師の技術の適切な評価とともに病院勤務医の負担軽減対策の観点もあることから、主として入院で実施している手術の中で高度な医療技術を必要とする技術、緊急的な対応を要する頻度の高い手術を中心に、手術料のうち、材料に係る費用の占める割合にも配慮をしつつ評価を行う。

2. 内科的技術の評価

外科的な治療のみならず、内科医等により行われている高い専門性を有する検査や、症状等に応じた植込み型の医療機器の調整や稀少疾患に対する外来での医学管理等についても、的確な診断や治療方針の決定等質の高い医療を支える重要な技術要素が含まれていることから、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会での検討等を踏まえ、適切な評価を行う。

(1) 医療技術評価分科会における検討結果や新たな医療機器の保険適用等を踏まえ、下記の内科系技術について、診療報酬上の評価を行う。

①高い専門性を有する検査

呼吸不全の状態やてんかん発作の型など、個々の患者の状態を詳細に判断し、適切な治療を選択するために必要な、高い専門性を有する検査を新設するとともに、専門性の高い検査の判断料の引き上げを行う。

(導入された技術の例)

ア) 時間内歩行試験

イ) 脳波検査判断料

ウ) ヘッドアップティルト試験

「I-8-③」を参照のこと。

②高い専門性を有する管理料等

植込み型の医療機器を使用している患者や在宅において腹膜透析を行っている患者等に対して、症状や医療機器の作動状況等から患者の状態を評価し、医療機器の設定の変更や療養上必要な指導を行うといった、高い専門性を必要とする外来での管理について、指導管理料を新設するとともに、評価の引き上げを行う。

(対応する技術)

ア) 植込型輸液ポンプ持続注入指導管理料の新設

イ) 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料の新設

ウ) 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料の新設

エ) 植込型補助人工心臓指導管理料の区分変更と評価の引き上げ

オ) 心臓ペースメーカー指導管理料の評価の引き上げ

- カ) 高度難聴指導管理料の評価の引き上げ
- キ) 在宅自己腹膜灌流指導管理料の評価の引き上げ
- ク) 小児悪性腫瘍患者指導管理料の評価の引き上げ
- ケ) 難病外来指導管理料の評価の引き上げ

先進医療の保険導入

骨子【I-8-(2)】

第1 基本的な考え方

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療技術の評価を行い、保険導入を行う。

第2 具体的な内容

先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、新規技術について保険導入を行う。

(1月27日に提示済み)

(導入された技術の例)

- (1) CTガイド下気管支鏡検査
- (2) 腹腔鏡補助下腓体尾部切除又は核出術
- (3) 内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術
- (4) 肝切除手術における画像支援ナビゲーション
- (5) マイクロ波子宮内膜アブレーション
- (6) 内視鏡的大腸粘膜下層剥離術

医療技術の評価及び再評価

骨子【 I - 8 - (3)】

第1 基本的な考え方

診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、医療技術の評価及び再評価を行い、新規技術の保険導入又は既存技術の診療報酬上の評価の見直しを行う。

第2 具体的な内容

医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ保険導入を行う。
(1月27日に提示済み)

(評価された技術の例)

- ①コンベックス走査式超音波気管支鏡下針生検
- ②時間内歩行試験 (資料1)
- ③ヘッドアップティルト試験 (資料2)
- ④高解像度赤外線CCDを用いた眼振検査 (資料3)
- ⑤筋肉内コンパートメント内圧測定
- ⑥顔面多発骨折変形治癒矯正術
- ⑦内視鏡下神経剥離術
- ⑧内視鏡下経蝶形骨洞手術
- ⑨低侵襲性経肛門的局所切除術 (MITAS)
- ⑩大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術 (資料4)
- ⑪下鼻甲介粘膜レーザー焼灼術
- ⑫脳波検査判断料

(資料 1) 時間内歩行試験

○ 技術の概要

時間内（6分間）に呼吸器・循環器疾患を持つ患者にできるだけ長く歩いてもらい、到達した距離等を評価する試験。特別な器具や設備を必要とせず、比較的重症例にも実施可能であり、日常生活における機能障害の重症度を評価するのに適している。米国胸部学会が標準的な実施方法・評価方法を定めており、標準的な検査として確立している。

【参考 1 時間内歩行試験の特徴】

- 客観的に日常的な機能障害を評価可能
- 在宅酸素療法等の治療方針の決定に有用
- 特別な器具や設備が不要

【参考 2 時間内歩行試験の検査風景】



検査の実施方法

- ① 検査前の血圧・脈拍・動脈血酸素飽和度・主観的な症状の程度等を記録し、歩行の方法等の説明を行う。
- ② マニュアルに定められた声かけを行いながら、患者を6分間歩行させる。
- ③ 6分経過後、歩行を中止する。

(資料2) ヘッドアップティルト試験

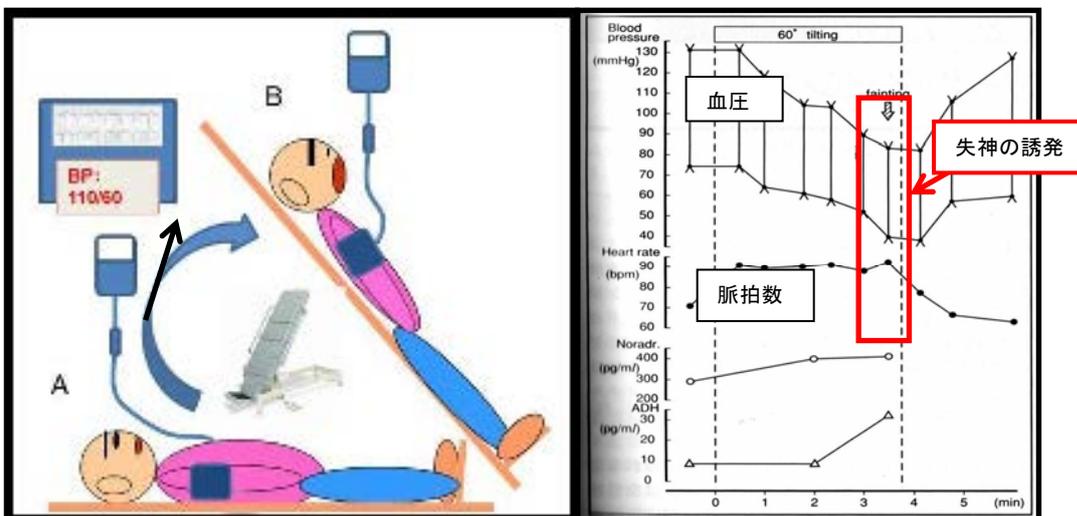
○ 技術の概要

ティルト台(tilt table)を使用して被検者を仰臥位から徐々に起こし、60～80度の傾斜位に保たせ、血圧、脈拍、症状の推移を観察する。神経調節性失神(※)を有する患者の場合、失神が誘発され、確定診断が可能となるもので、特異性の高い検査法である。診断確定だけでなく、その程度の把握に有用な検査である。

※ 神経調節性失神

失神の原因で最も多い。長時間の起立により、静脈血が下半身にうっ滞し、心拍出量が減少するが、自律神経がそれを調節する際に、心拍数が減少し、失神が誘発されることがあり、これを神経調節性失神と言う。心疾患を有しない者の神経調節性失神の予後は良好で、直接死因になることは稀であるが、失神に伴う頭部外傷等には注意が必要となる。

【参考1 ヘッドアップティルト試験の模式図】【参考2 試験中の血圧や脈拍数の推移の例】



検査の実施方法

- ① Aの状態から、Bの状態へ被験者を起こし、25～45分間保持する。
- ② 血圧、脈拍数等を観察し、脈拍数の減少(徐脈)、血圧の低下、意識消失の有無を確認する。

(資料3) 高解像度赤外線 CCD を用いた眼振検査

○ 技術の概要

赤外線 CCD カメラが装着されたゴーグルにより、眼振及び異常眼球運動を TV 画面上に拡大してモニターし、評価を行う。従来の電気眼振図やフレンチェル眼鏡を用いた眼振検査に比べ、小さな眼振も検出することが可能である。

【参考 1 実際の検査の様子】



【参考 2 眼振の検出により診断される疾患の例】

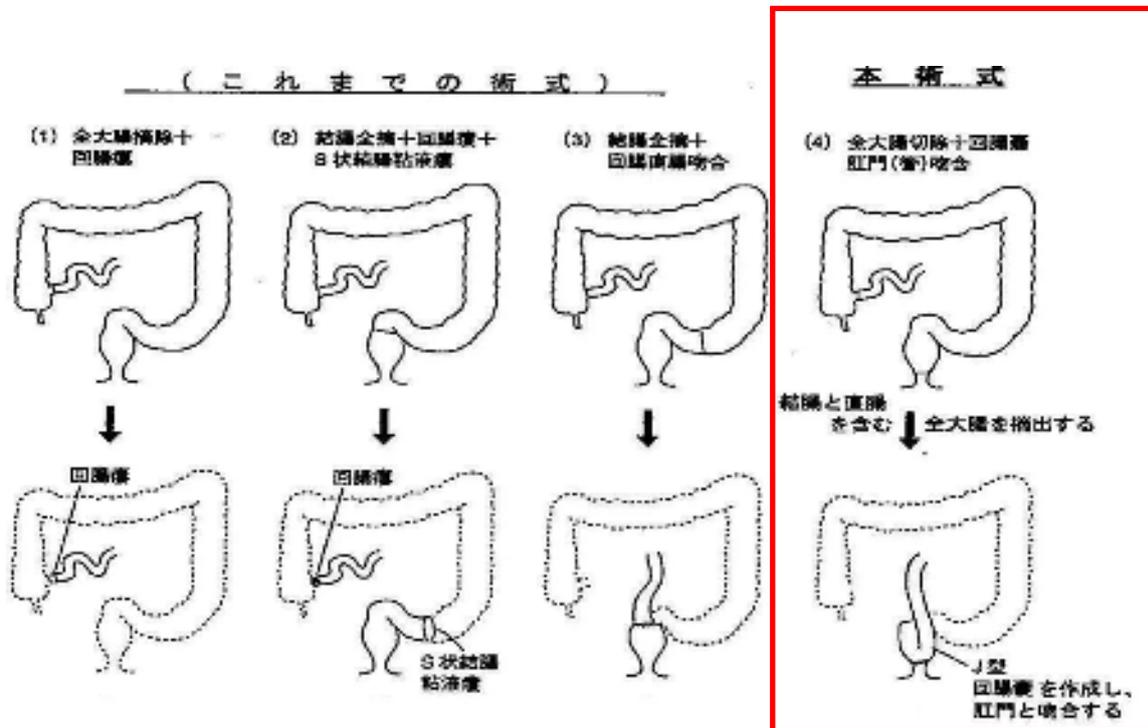
- 1) 良性発作性頭位めまい症
- 2) メニエール病
- 3) 内耳炎
- 4) 前庭神経炎
- 5) めまいを伴う突発性難聴
- 6) 外リンパ瘻
- 7) 遅発性内リンパ水腫
- 8) 聴神経腫瘍

(資料4) 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術

○ 技術の概要

潰瘍性大腸炎、家族性大腸腺腫症などの病変発生母地となる大腸（結腸と直腸を含む）を全摘出し、かつ、患者の排便機能を保持するため回腸嚢を作成して肛門と吻合する。これまでの方法は、病変発生母地となりえる直腸を温存するか、ストーマを造設していたが、本術式では直腸を切除可能で、かつ排便機能が温存される。

【参考 大腸全摘、回腸瘻・肛門吻合術とこれまでの術式の比較】



新規特定保険医療材料等に係る技術料等の新設

骨子【I-9-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 新規医療材料の保険適用において、区分C2については新たな技術料を設定し評価すべきものであることから、それぞれ技術料を新設する。
2. その他の医療材料等にかかる管理料等についても、診療行為の実態を踏まえて、適正な評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

1. C2として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている22技術及び4月1日からの保険適用が承認された新規材料に伴う新規技術について、新たに技術料やこれに必要な管理料を新設する。

(技術の例)

- | | |
|---------------------------------|----|
| ①放射線治療用金属マーカ―留置術 | ○点 |
| ②植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (初日) | ○点 |
| 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (2日目以降30日まで) | ○点 |
| 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (31日目以降90日まで) | ○点 |
| 植込型補助人工心臓 (非拍動流型) (91日目以降) | ○点 |

2. E3として、既に保険収載され、現在準用点数で行われている12の検査について、新たに検査実施料を新設する。

(検査の例)

- | | |
|--------------|----|
| ①レジオネラ核酸検出 | ○点 |
| ②HE-IgA (定性) | ○点 |

3. 新たな薬剤の保険収載等に伴い、特定薬剤治療管理料についても、対象薬剤を拡大する。

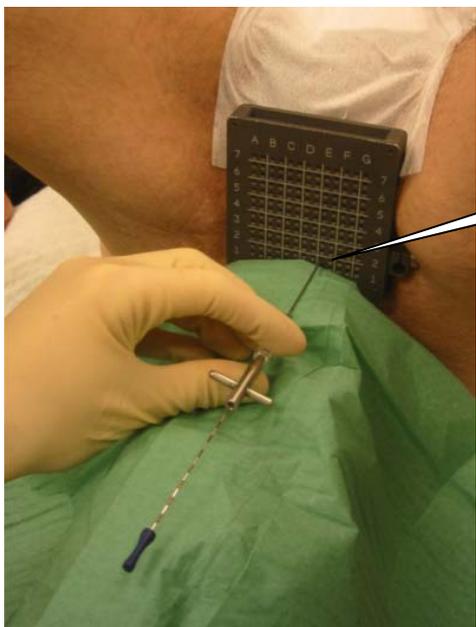
(薬剤の例)

- ①エベロリムス製剤
- ②ミコフェノール酸モフェチル製剤

(資料 1)

放射線治療用経皮的体内金属マーカ―留置術

放射線治療の際に、画像上で確認することができる識別マーカ―を作成するためのコイルを体内に植込む。これにより放射線治療の精度の向上が期待できる。

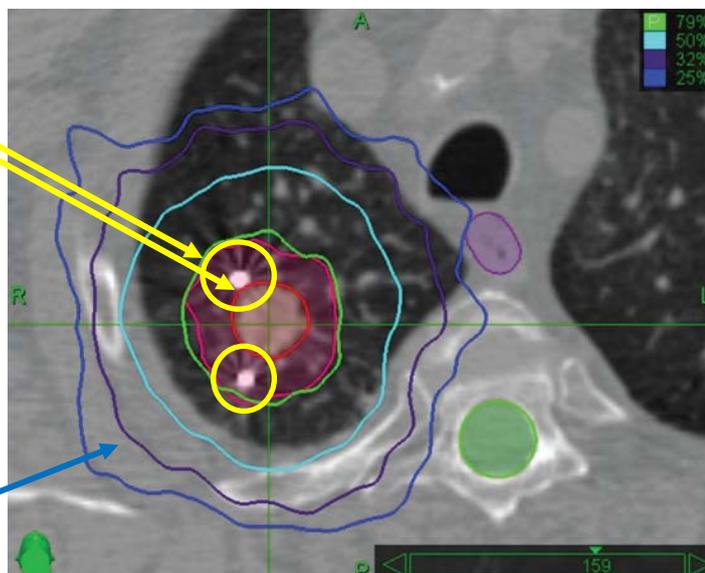


内部に装填されているコイル

当該製品を体内に設置している図

設置されたマーカ―にあわせて、毎回の放射線治療のたびに位置調節を行う。

放射線治療において、放射線が照射される範囲と線量

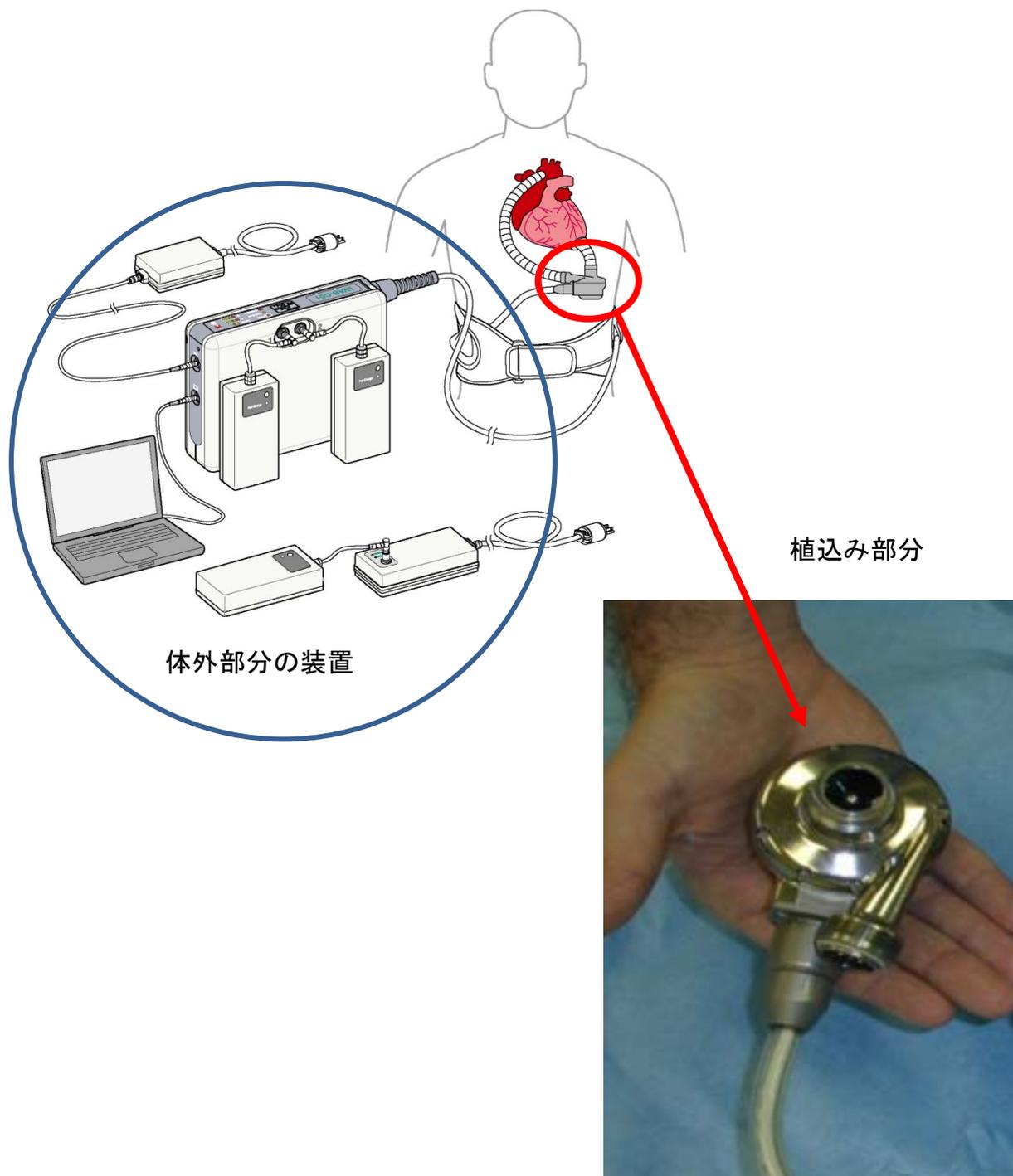


放射線治療の計画を立てる際の画像(例)

(資料2)

植込型補助人工心臓（非拍動流型）

心臓移植適応の重症心不全患者で、薬物療法等によっても継続した代償不全に陥っており、心臓移植以外には救命が困難と考えられる症例に対して、心臓移植までの循環改善のために体内に植込んで使用する。



外来化学療法の評価の充実

骨子【I-9-(2)】

第1 基本的な考え方

現在、外来化学療法加算において、通常の点滴よりも手厚い体制や設備のもと、外来における化学療法が行われることを評価している。

がんに対する化学療法については、狭義の抗悪性腫瘍剤のみならず、ホルモン剤などが用いられる様になり、投与経路や管理の必要性が多様化している。また、いわゆる分子標的治療薬については、がんの化学療法だけでなく、自己免疫性疾患等にも使用されており、その際は、化学療法と同様の管理が必要な場合もある。

これらの実態を踏まえ、外来化学療法加算について、薬剤のリスクや管理体制に応じた評価体系に見直す。

第2 具体的な内容

外来化学療法加算について、評価の趣旨に鑑み、重篤な感染症を起こす可能性があることや緊急処置を直ちに実施できる体制が必要であるなどの要件を満たす薬剤を使用する場合について、その実態を踏まえ評価区分を見直す。

現 行	改定案
<p>【外来化学療法加算】</p> <p>イ 外来化学療法加算 1 550 点</p> <p>(15 歳未満の患者に対して行った場合は 750 点)</p>	<p>【外来化学療法加算】</p> <p>1 外来化学療法加算 1</p> <p> イ 外来化学療法加算 A</p> <p> (1) 15 歳以上 ○点(新)</p> <p> (2) 15 歳未満 ○点(新)</p> <p> ロ 外来化学療法加算 B</p> <p> (1) 15 歳以上 ○点(新)</p> <p> (2) 15 歳未満 ○点(新)</p>

<p>□ 外来化学療法加算 2 420 点 (15 歳未満の患者に対して行った場合は 700 点)</p>	<p>2 外来化学療法加算 2 <u>イ 外来化学療法加算 A</u> (1) 15 歳未満 ○点(新) (2) 15 歳以上 ○点(新) <u>ロ 外来化学療法加算 B</u> (1) 15 歳未満 ○点(新) (2) 15 歳以上 ○点(新)</p>
--	---

[算定要件]

- ① 外来化学療法加算 A は、添付文書の「警告」もしくは「重要な基本的注意」に、「緊急時に十分対応できる医療施設及び医師のもとで使用すること」又は「infusion reaction 又はアナフィラキシーショック等が発現する可能性があるため患者の状態を十分に観察すること」等の趣旨が明記されている抗悪性腫瘍剤、又はモノクローナル抗体製剤などヒトの細胞を規定する分子を特異的に阻害する分子標的治療薬を、静脈内注射、動脈注射、点滴注射、中心静脈注射など、G O O O 以外によって投与した場合に算定する。
- ② 外来化学療法加算 B は、外来化学療法加算 A 以外の抗悪性腫瘍剤（抗ホルモン効果を持つ薬剤を含む）を使用した場合に算定する。
- ③ いずれも入院中の患者以外の悪性腫瘍の患者に対して、抗悪性腫瘍剤による注射の必要性、副作用、用法・用量、その他の留意点等について文書で説明し、同意を得て、外来化学療法に係る専用室において、悪性腫瘍の治療を目的として抗悪性腫瘍剤等が投与された場合に算定する。

[施設基準]

外来化学療法加算 1

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤医師が勤務していること。
- ③ 化学療法の経験を 5 年以上有する専任の常勤看護師が化学療法を実施し

ている時間帯において常時当該治療室に勤務していること。

- ④ 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有する専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ⑤ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑥ 実施される化学療法のレジメン（治療内容）の妥当性を評価し、承認する委員会を開催していること。当該委員会は、化学療法に携わる各診療科の医師の代表者（代表者数は、複数診療科の場合は、それぞれの診療科で1名以上（1診療科の場合は、2名以上）の代表者であること。）、業務に携わる看護師及び薬剤師から構成されるもので、少なくとも年1回開催されるものとする。

外来化学療法加算2

- ① 外来化学療法を実施するための専用のベッド（点滴注射による化学療法を実施するに適したリクライニングシート等を含む。）を有する治療室を保有していること。なお、外来化学療法を実施している間は、当該治療室を外来化学療法その他の点滴注射（輸血を含む。）以外の目的で使用することは認められないものであること。
- ② 化学療法の経験を有する専任の常勤看護師が化学療法を実施している時間帯において常時当該治療室に勤務していること。
- ③ 当該化学療法につき専任の常勤薬剤師が勤務していること。
- ④ 急変時等の緊急時に当該患者が入院できる体制が確保されていること又は他の保険医療機関との連携により緊急時に当該患者が入院できる体制が整備されていること。
- ⑤ 外来化学療法加算の届出に当たっては、関節リウマチ患者及びクローン病患者に対するインフリキシマブ製剤の投与についても、悪性腫瘍の患者に対する抗悪性腫瘍剤の投与と同等の体制を確保することが原則であるが、常勤薬剤師の確保が直ちに困難な場合であって、既に関節リウマチ患者及びクローン病患者の診療を行っている診療所であって、改正前の外来化学療法加算の算定を行っている診療所については、外来化学療法加算2の届出を行うことができる。

医療安全対策等に関する評価

骨子【Ⅱ－１－（１）】

第１ 基本的な考え方

1. 医療安全対策を推進するため、院内感染防止策に関する評価の見直しを行う。
2. また、医療機器の保守管理について、薬事法や医療法上の取扱いを踏まえ、高い機能を有するCT及びMRIの画像診断装置における診療報酬を請求するための施設基準について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 医療安全対策加算、感染防止対策加算の見直し。
 - (1) 感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算２を新設する。
 - (2) 感染防止対策加算１を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。
「Ⅰ－５－④」を参照のこと。
2. 高い機能を有するCT撮影装置及びMRI撮影装置の施設基準の届出にあたり、安全管理責任者の氏名や、CT撮影装置、MRI撮影装置、造影剤注入装置の保守管理計画をあわせて提出することとする。

患者サポート体制の充実した医療機関への評価

骨子【Ⅱ－２－（１）】

第１ 基本的な考え方

医療従事者と患者との対話を促進するための一定の資格を有する者による患者等に対する相談窓口の設置など、患者サポート体制を充実するとともに院内トラブルに対する具体的な対応策をあらかじめ準備し、患者の不安の解消に積極的に取り組んでいる医療機関への評価を新設する。

第２ 具体的な内容

患者等からの相談に幅広く対応できる体制をとっている医療機関に対する評価を新設する。

(新) 患者サポート体制充実加算 ○点（入院初日）

[施設基準]

- ① 患者からの相談窓口を設置し、専任の看護師、社会福祉士等を配置していること。
- ② 患者のサポート及び院内のトラブルに関するマニュアルの作成、リスク報告体制の整備、職員への研修等、体制の整備を行っていること。

患者に対する相談支援体制の充実等について

骨子【Ⅱ－２－（２）】

1. 現在入院診療計画で示されている内容以上に詳細な入院診療計画が作成されている場合には、別添６の別紙２及び別紙２の２が必要ないことをより明確にする。

「重要課題２－３－①」を参照のこと。

2. 入院７日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重要課題２－３－②」を参照のこと。

明細書の無料発行の促進

骨子【Ⅱ－２－（３）】

第１ 基本的な考え方

前回の改定において、レセプトの電子請求を行っている保険医療機関及び保険薬局については、正当な理由のない限り、詳細な個別の点数項目が分かる明細書の発行が義務づけられた。

これにより、明細書の発行は進んできているが、患者への情報提供の促進、医療の透明化の観点から、さらに促進していくこととする。

第２ 具体的な内容

1. 正当な理由については、現在、
 - (1) 明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している保険医療機関又は保険薬局であること。
 - (2) 自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な保険医療機関又は保険薬局であること。としているが、400床以上の病院については、これを平成26年度以降は認めないものとする。
2. 明細書の発行状況を定期的に確認するため、保険医療機関及び保険薬局は、毎年行われている他の届出事項の報告と併せて、明細書無料発行の対応の有無、正当な理由に該当している旨等を報告することとする。
3. 明細書発行に係り患者から徴収する手数料が高額な場合には、患者が明細書の発行を希望することを躊躇する場合もあると考えられることから、高額な料金はふさわしくない旨を、実例に応じた額を明示しつつ、再度周知する。
4. 公費等により一部負担金が発生しない患者に対しても明細書の発行に努めることとする。

5. 記載内容が毎回同一であるとの理由で明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等明細書の記載内容が変わる場合には、その旨を患者に情報提供するべきであることを周知する。

入院基本料等加算の簡素化

骨子【Ⅱ－３－（１）】

第１ 基本的な考え方

診療報酬項目の簡素化の観点から、すでに多くの医療機関で算定されている加算等について見直しを行う。

第２ 具体的な内容

１．栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算の見直し

(1) 栄養管理実施加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。なお、栄養管理体制の整備に一定の時間がかかると考えられるため、平成24年3月31日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間は経過措置を設ける。

現 行	改定案
第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制及び褥瘡対策について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。	第1章 第2部 通則7 入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理体制、褥瘡対策及び <u>栄養管理体制</u> について、別に厚生労働大臣が定める基準を満たす場合に限り、入院基本料及び特定入院料を算定する。 [栄養管理体制の基準] ① 当該保険医療機関に常勤の管理栄養士が1名以上配置されていること。 ② 患者の入院時に患者ごとの栄養状態の評価を行い、医師、管理栄養

<p>【栄養管理実施加算】（1日につき） 12点</p>	<p>士、薬剤師、看護師その他の医療従事者が共同して、入院患者ごとの栄養状態、摂食機能及び食形態を考慮した栄養管理計画を作成していること。</p> <p>③ 当該栄養管理計画に基づき入院患者ごとの栄養管理を行うとともに、栄養状態を定期的に記録していること。</p> <p>④ 当該栄養管理計画に基づき患者の栄養状態を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していること。</p> <p>⑤ 有床診療所においては管理栄養士は常勤でなくても差し支えない。</p> <p><u>（削除）</u></p>
----------------------------------	---

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に栄養管理実施加算の届出を行っていない医療機関については、平成〇年〇月〇日までの間は栄養管理体制の整備に資する計画を策定する等の要件を課した上で、栄養管理体制を満たしているものとする。

(2) 褥瘡患者管理加算について、すでに多くの医療機関で算定されていることから、加算の要件を入院基本料、特定入院料の算定要件として包括して評価する。

現 行	改定案
<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>	<p>[褥瘡対策の基準]</p> <p>① 当該保険医療機関において、褥瘡対策が行われていること。</p> <p>② 当該保険医療機関において、褥瘡</p>

<p>対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき、別添6の別紙3を参考として褥瘡に関する危険因子の評価を実施すること。</p> <p>【褥瘡患者管理加算】（入院中1回） 20点</p> <p>[算定要件] 入院している患者について、必要があつて褥瘡管理が行われた場合に算定する。</p>	<p>対策に係る専任の医師及び褥瘡看護に関して臨床経験を有する専任の看護職員から構成される褥瘡対策チームが設置されていること。</p> <p>③ 当該保険医療機関における日常生活の自立度が低い入院患者につき褥瘡に関する危険因子の評価を行い、<u>褥瘡に関する危険因子のある患者及び既に褥瘡を有する患者につき、適切な褥瘡対策の診療計画の作成、実施及び評価を行うこと。</u></p> <p>④ <u>患者の状態に応じて、褥瘡対策に必要な体圧分散式マットレス等を適切に選択し使用する体制が整えられていること。</u></p> <p><u>(削除)</u></p>
--	---

(3) 栄養管理実施加算、褥瘡患者管理加算について、入院基本料、特定入院料で包括して評価することから、入院基本料、特定入院料の評価をそれぞれ〇点ずつ引き上げる。

2. 療養病棟療養環境加算・診療所療養病床療養環境加算の見直し

療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算については、一部に医療法の本則を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直し、本則を下回る病棟については、当療養環境の改善計画を策定させることとする。

(1) 療養病棟療養環境加算の見直し

現 行	改定案
<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p>3 療養病棟療養環境加算 3 90点</p> <p>4 療養病棟療養環境加算 4 30点</p>	<p>【療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 療養病棟療養環境加算 1 132点</p> <p>2 療養病棟療養環境加算 2 115点</p> <p><u>【療養病棟療養環境改善加算】</u></p> <p>1 <u>療養病棟療養環境改善加算 1</u> ○点(新)</p> <p>2 <u>療養病棟療養環境改善加算 2</u> ○点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>

[経過措置]

平成 24 年 3 月 31 日に療養病棟療養環境加算 3、4 の届出を行っている病棟にあつては、平成 24 年 9 月 30 日までの間、従前の加算を算定できる。

(2) 診療所療養病床療養環境加算について、一部に医療法を下回る基準が設定されていることから、評価体系を見直す。

現 行	改定案
-----	-----

<p>【診療所療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>1 診療所療養病床療養環境加算 1 100点</p> <p>2 診療所療養病床療養環境加算 2 40点</p>	<p>【診療所療養病棟療養環境加算】（1日につき）</p> <p>診療所療養病床療養環境加算 100点</p> <p><u>【療養病棟療養環境改善加算】</u></p> <p>診療所療養病床療養環境改善加算 〇点（新）</p> <p>[施設基準]</p> <p><u>医療法上の原則は満たさないものの、同法の経過措置として、施設基準の緩和が認められている医療機関のみを対象とする。</u></p> <p><u>当該加算を算定できる期間については、増築または全面的な改築を行うまでの間とし、当該病棟の療養環境の改善に資する計画を策定して報告するとともに、毎年その改善状況についても報告することとする。</u></p>
--	---

[経過措置]

平成24年3月31日に診療所療養病床療養環境加算2の届出を行っている病床にあっては、平成24年9月30日までの間、従前の加算を算定できる。

DPC/PDPS（急性期入院医療の診断群分類に 基づく定額報酬算定制度）の見直し

骨子【Ⅲ－１－（６）】

第１ 基本的な考え方

1. 今回の診療報酬改定における入院基本料等の見直し等については、従前からの診療報酬改定における取扱いを踏まえながら、DPC/PDPSにおいても、診断群分類点数表の改定及び医療機関別係数の設定等、所要の措置を講ずる。
2. DPC/PDPS の円滑導入のために設定された調整係数については、今後段階的に基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）と機能評価係数Ⅱに置換えることとし、平成24年度改定において必要な措置を講じる。なお、基礎係数については、機能や役割に応じた医療機関群別に設定する。
3. 機能評価係数Ⅰについては、出来高評価体系における「当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算」や「入院基本料の補正值」等を機能評価係数Ⅰとして評価する。
4. 機能評価係数Ⅱについては、現行の6項目を基本として必要な見直しを行う。また、その際、項目に応じて各医療機関群の特性を踏まえた評価手法を導入する。
5. 特定入院料の取扱い（評価のあり方）、在院時期に応じた適切な薬剤料等包括評価のあり方、高額薬剤等に係る対応等、現行DPC/PDPSの算定ルール等に係る課題について必要な見直しを行う。
6. 急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、DPC対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。

第2 具体的な内容

1. 入院基本料等の見直し等の反映

- (1) 急性期入院医療の評価の見直しに伴う入院基本料等の見直しについては、診断群分類点数表の設定（改定）において実態に即して反映させる。
- (2) 診療報酬改定後の包括範囲に係る報酬水準（但し、機能評価係数Ⅰに係るものを除く）については、診療報酬改定前の当該水準に改定率を乗じたものとし、医療機関別係数の計算において反映させる。

2. 調整係数の見直しに係る対応と経過措置

(1) 基礎係数の導入と医療機関群の設定

- ① 制度創設時に導入した調整係数により設定される包括報酬部分（改定率の反映を含む）は、今後、段階的に基礎係数（直近の包括範囲出来高点数の平均に相当する部分）と機能評価係数Ⅱにより設定される包括報酬（それぞれ改定率を反映）に置換える。
- ② 基礎係数の設定は、役割や機能が一定程度異なる医療機関の群別に設定する。設定する医療機関群は「DPC病院Ⅰ群」、「DPC病院Ⅱ群」と「DPC病院Ⅲ群」の3群とする。
- ③ 「DPC病院Ⅱ群」は、一定以上の「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4つの実績要件を満たす病院とする（ただし、特定機能病院については、「医師研修の実施」を満たしたものとして取扱い、宮城、福島及び茨城の三県については、平成22年度の採用実績も考慮し判定）。なお、各要件の基準値（カットオフ値）は、DPC病院Ⅰ群の実績値に基づき設定する。

(2) 調整係数見直しに係る経過措置

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成22年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施することとし、平成24年度改定においては、調整部分の25%を改めて機能評価係数Ⅱに置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。

$$\begin{aligned} \text{〔医療機関 A の暫定調整係数〕} &= \\ &\text{〔医療機関 A の属する医療機関群の基礎係数〕} \times 0.25 \\ &+ \text{〔医療機関 A の調整係数（※）〕} \times 0.75 \end{aligned}$$

※ 「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

- ③ 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、〇%を超えて変動しない範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

3. 機能評価係数 I の見直し

- (1) 当該医療機関の入院患者全員に対して算定される加算や入院基本料の補正值等を機能評価係数 I として係数設定する。
- (2) 従前の機能評価係数 I に加えて、「地域加算」「離島加算」（現行出来高評価）を機能評価係数 I として係数評価する。
- (3) 出来高報酬体系のデータ提出加算の新設に伴い、データ提出係数のうちデータ提出に係る評価部分を機能評価係数 I として整理する。
- (4) その他の入院基本料等加算の見直し等について、必要に応じて機能評価係数 I に反映させる。

4. 機能評価係数Ⅱの見直し

- (1) 機能評価係数Ⅱの各係数への報酬配分（重み付け）は等分とする。
- (2) 現行の評価項目（6指数）のうち、地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数について必要な見直しを行う。また、複雑性指数、カバー率指数、地域医療指数については、各医療機関群の特性に応じた評価手法を導入する。

〔機能評価係数Ⅱ見直しの概要〕（詳細は別表1・別表2を参照）

①データ提出指数

現行のICD-10病名のコーディング評価に関して更なる精緻化を行う。

②効率性指数、③複雑性指数、④カバー率指数

現行の評価方法を継続。

⑤救急医療指数

「救急医療係数」を「救急医療指数」として引き続き評価。

⑥地域医療指数

ア) 退院患者調査データを活用した地域医療への貢献について、地域で発生する患者に対する各病院の患者のシェアによる定量的評価を導入する。

イ) 地域医療計画等に基づく体制を評価（ポイント制）についても現状や都道府県の指摘も踏まえ以下の様な見直しを行う（見直し後の項目のイメージは下表参照）。

<見直しのイメージ>

現行	平成24改定での対応	
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行7項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価指数 (10項目、一部実績加味、上限値設定)	
	定量評価指数 (新設)	1) 小児 2) 上記以外

見直し後の体制評価指数（ポイント制）は以下の10項目とし、1項目最大1ポイント、合計7ポイントを上限値として設定。また、各医療機関群の特性に対応して評価基準を設定。

- ①脳卒中地域連携、②がん地域連携、③地域がん登録、④救急医療、
- ⑤災害時における医療、⑥へき地の医療、⑦周産期医療、
- ⑧がん診療連携拠点病院、⑨24時間t-PA体制、
- ⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）

- (3) 機能評価係数Ⅱの各指数から各係数への変換に際しては、各指数の特性や分布状況を踏まえ、適切な評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値を設定する。(詳細別表3)
- (4) 被災三県における診療実績に基づく指数(効率化指数、複雑性指数、カバー率指数、救急医療指数)は、震災前のみの実績も考慮し設定する。

5. 算定ルールの見直し

(1) 特定入院期間と薬剤等包括項目の算定ルール

化学療法を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬は別途算定できないこととする。

(2) 診断群分類点数表の点数設定方法

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。また、これらに合せて、DPC/PDPS対象施設数の増加や調査の通年化によるデータ数の大幅な増加と、今後の調整係数廃止に伴うより精緻な報酬設定等に対応するための定額報酬計算方式の整理と必要な見直しを行う。

(3) その他

診断群分類点数表の適用患者の明確化と高額な新規検査等への対応を実施する。

6. 外来診療に係るデータの提出

外来診療における出来高点数情報を新たな調査項目として加える。

DPC病院Ⅰ群とDPC病院Ⅱ群の施設については提出を必須とし、DPC病院Ⅲ群の施設については、任意提出とする。なお、これらの対応と、データ提出加算の新設と合わせて、係数の取扱いについて整理する。

「Ⅲ-1-⑦」を参照のこと。

<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

評価対象データは平成22年10月1日～平成23年9月30日（12ヶ月間）のデータ

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数	DPC対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点（1点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① 手順の遵守 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を0.5点・1ヶ月の間、減じる（出来高算定病院におけるデータ提出に係る評価が新設された場合は、機能評価係数Ⅰとして整理）。</p> <p>② データの質の評価 A 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が20%以上の場合に当該評価を0.05点・1年の間、減じる。（新たな減算基準の20%はこれまでの実績から改めて設定） B 今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成25年度から、評価対象とする方向で検討 【例】・ 郵便番号 ・ がんのUICC分類 ・ その他疾患特異的な重症度分類 ※ なお、DPC病院Ⅲ群について、外来診療に係るEFファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05点を目安に今後検討）を加算する。（同上）</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全DPC/PDPS対象病院の平均在院日数〕／〔当該医療機関の患者構成が、全DPC/PDPS対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を1入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕／〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12症例（1症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。 ※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>〔当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数〕 / 〔全 DPC 数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>											
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり〔救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和〕											
6) 地域医療指数	地域医療への貢献を評価（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="913 555 2047 775"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2） 地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 10 項目、詳細は次ページの別表 2 参照）。一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を 7 ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ） 〔当該医療機関の所属地域における担当患者数〕 / 〔当該医療機関の所属地域における発生患者数〕 を 1) 小児（15 歳未満）と 2) それ以外（15 歳以上）に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】 DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院Ⅲ群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】 DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

別表 2

<地域医療指数・体制評価指数別表2>地域医療計画等における一定の役割を10項目で評価（「P」はポイントを表し、1項目1ポイント、但し上限は7ポイント）。

評価項目（各1P）	DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群	DPC病院Ⅲ群
①脳卒中地域連携 （DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（Ⅱ）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC病院Ⅰ群及びDPC病院Ⅱ群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕／〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る）（0.5P） 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P）

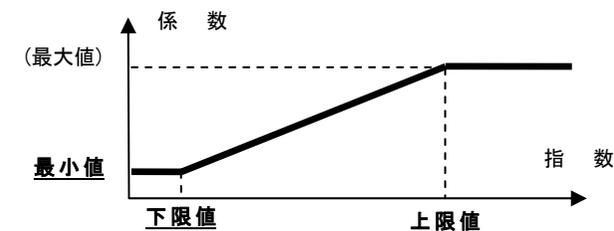
評価項目（各 1P）	DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群	DPC 病院Ⅲ群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん診療連携拠点病院（新）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） ・ 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P ・ 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P） 	<p>「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P）</p> <p>※ 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認められた病院。</p>
⑨24 時間 tPA 体制（新）	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

【補足】。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

別表 3

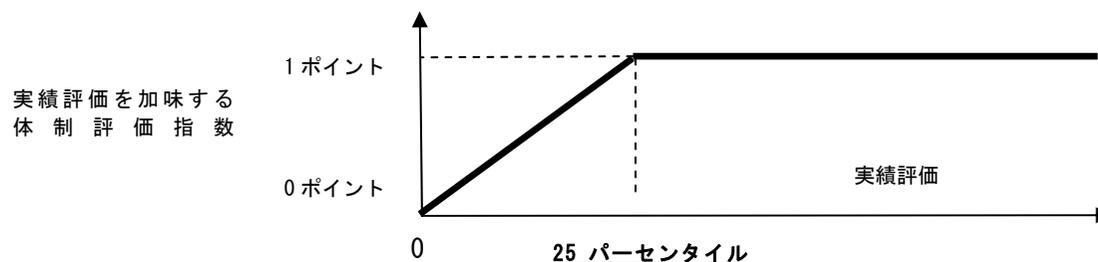
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0に設定。		
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の1/2とする ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (※1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	
地域医療（定量評価）	1.0	0	0	



②地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目

- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の4項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は0ポイント（指数）、実績を有するデータ（評価指標が0でないデータ）の25パーセントタイル値を上限値1ポイント（つまり、実績を有する施設の上から4分の3は満点（1ポイント））。



D P Cフォーマットデータ提出の評価について

骨子【Ⅲ－１－（７）】

第 1 基本的な考え方

D P C対象病院ではない出来高算定病院が、診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を行う。また、急性期入院医療を担う医療機関の機能や役割を適切に分析・評価するため、D P C対象病院の外来診療に係るデータの提出を求める。この際、D P C対象病院のデータ提出に係る評価（機能評価係数Ⅱ・データ提出係数の一部を含む）については、機能評価係数Ⅰとして当該評価との整合性を図りつつ整理（統合）する。

第 2 具体的な内容

診療している患者の病態や実施した医療行為の内容等についてデータを提出した場合の評価を新設する。

（新） データ提出加算 1

イ 200床以上の病院 ○点（退院時1回）

ロ 200床未満の病院 ○点（退院時1回）

（新） データ提出加算 2

イ 200床以上の病院 ○点（退院時1回）

ロ 200床未満の病院 ○点（退院時1回）

[算定要件]

データ提出加算 1

- ① データ提出することをあらかじめ届出た上で、D P Cフォーマットのデータを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から対象病棟（様式1の作成対象病棟）に入院し、退院した全入院患者に対して算定可能。
- ② データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

データ提出加算 2

- ① 入院診療に係るデータに加えて外来診療データを提出した場合に算定する。
- ② データ提出することをあらかじめ届出た上で、DPCフォーマットのデータを厚生労働省に提出した場合に、翌々月1日から対象病棟（様式1の作成対象病棟）に入院し、退院した全入院患者に対して算定可能。
- ③ データの提出が遅延した場合は、遅延した月の翌々月について、当該加算を算定できない（従来のデータ提出係数と同等の取扱い）。

[施設基準]

- ① 一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）、専門病院入院基本料（7対1又は10対1）、特定機能病院一般病棟入院基本料（7対1又は10対1）を算定している病院であること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること、又はそれと同等の診療録管理体制を有しており、当該基準を満たすべく計画を策定していること。
- ③ 「適切なコーディングに関する委員会」を設置し、年2回以上当該委員会を開催すること。

[その他]

- ① 「外来診療データ」については、平成24年10月1日診療分を目途にデータ提出を受け付ける方向で対応する。
- ② DPC対象病院については、上記加算の新設に伴い、データ提出に係る評価を機能評価係数I（係数の設定方法については、その他の機能評価係数Iと同様）又は包括外の患者については当該評価として整理する。

医療機関間の連携に着目した評価

骨子【Ⅲ－５－（４）】

1. 救急搬送患者地域連携紹介加算及び受入加算の引き上げを行うとともに、対象とする患者を入院5日以内から7日以内に拡大する。また、同一医療機関が紹介加算、受入加算のいずれも届け出ることができることとし、受入加算については療養病棟入院基本料、精神病棟入院基本料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1－1－③」を参照のこと。

2. 一定の条件の下、療養病棟における救急・在宅等支援療養病床初期加算の引き上げを行う。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

3. 一般病棟入院基本料（13対1、15対1に限る。）において、急性期後の患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合についての評価を新設する。

「重点課題 1－1－④」を参照のこと。

4. 新生児特定集中治療室退院調整加算について、新生児特定集中治療室の勤務経験のある看護師が退院調整に参画することを要件としたうえで評価を引き上げる。また、長期入院が見込まれる者については退院支援計画策定時と退院時の2回算定可能とする。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

5. 重症児（者）受入連携加算の引き上げを行うとともに、一般病棟入院基本料（13対1、15対1のみ）、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料にも拡大する。

「重点課題 1－1－⑤」を参照のこと。

6. 在宅医療への移行を円滑なものとするため、在宅患者緊急入院診療加算を小児入院医療管理料算定病床でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

7. 超重症児(者)・準超重症児(者)入院診療加算を療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料を算定している医療機関でも算定可能とする。また、初期加算を救急医療機関からの転院時でも算定可能とする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

8. 長時間訪問看護の算定要件の見直し

- (1) 長時間訪問看護の対象を小児については人工呼吸器を装着していない超重症児・準超重症児にも拡大し、当該患者の回数制限を3回にする。
- (2) 特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者を追加する。
- (3) 特別な管理を必要とする患者(特掲診療料の施設基準等別表第八に掲げる状態等にある者)を追加する。
- (4) 医療保険下の長時間訪問看護は2時間以上提供した場合から算定可能となっているが、介護保険との整合をとるため、90分以上から算定できることとする。

「重点課題 1-1-⑤」を参照のこと。

9. 24時間対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における緊急時・夜間の往診料の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

10. 在宅療養を行っている患者への総合的な医学管理を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

11. 入院が必要となるような急変時の対応を充実させる観点から、機能を強化した在支診・在支病等における在宅患者緊急入院診療加算の引き上げを行う。

「重点課題 2-1-①」を参照のこと。

12. 入院7日以内に退院困難者の抽出を行うこと及び医療機関が抽出した患者以外にも先行研究から明らかになった退院困難者については、調整を行うことを明確化する。また、算定している入院料ごとに早期退院患者に係る退院加算を手厚く評価する。

「重点課題2-3-②」を参照のこと。

13. 総合評価加算を引き上げるとともに、算定可能病棟を拡充する。

「重点課題2-3-②」を参照のこと。

14. 退院時共同指導料の評価の見直し

(1) 訪問看護ステーションとの連携の評価

医療機関が訪問看護ステーションと入院中に退院時のカンファレンス等を行った場合に、退院時共同指導料2を算定できるようにする。

「重点課題2-3-③」を参照のこと。

(2) 特別な管理を要する患者の退院時共同指導料の評価

退院後、特別な管理が必要な者に対して、在宅医療を担う医療機関の保険医、若しくは当該保険医の指示を受けた看護師、又は訪問看護ステーションの看護師が、退院時共同指導を行った場合のさらなる評価を行う。

「重点課題2-3-③」を参照のこと。

15. 外泊日、退院当日の訪問看護の評価

(1) 外泊日の訪問看護

患者の試験外泊において、当該入院医療機関からの訪問看護は「退院前訪問指導料」として既に評価されているが、連携する訪問看護ステーションによる試験外泊時の訪問看護の評価を新設する。

「重点課題2-3-③」を参照のこと。

(2) 退院当日の訪問看護

(訪問看護療養費)

① 退院当日に訪問看護を行い、初回訪問までに患者が死亡した場合

の退院支援指導加算を退院日に遡って算定できるようにする。

- ② また、算定可能な退院支援指導加算の対象は、厚生労働大臣が定める疾病・状態の患者に限られているため、対象を拡大するとともに、算定要件を緩和する。

(退院前訪問指導料)

医療機関からの退院当日の訪問看護を評価する。

「重点課題 2-3-③」を参照のこと。

16. 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき、訪問看護が提供できることを明示する。

「重 2-3-⑤」を参照のこと。

17. がん診療連携拠点病院加算について、紹介元の医療機関から悪性腫瘍の疑いで紹介された患者についても算定できるよう要件を変更する。また、紹介元の医療機関から悪性腫瘍でがん診療連携拠点病院に紹介された患者であって、入院には至らず外来化学療法等を受けた場合について、その連携を評価するため医学管理料を新設する。

「I-1-⑥」を参照のこと。

18. がん治療連携計画策定料について、退院後一定期間の外来診療の後に連携医療機関に紹介した場合についても算定可能とするとともに、患者の状態の変化等により、がん治療連携計画に基づく治療方針の変更が必要となった場合についても評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

19. リンパ浮腫指導管理料について、手術を行った保険医療機関だけではなく、手術後に地域の保険医療機関において2度目の指導を受けた場合も評価を行う。また、がん患者カウンセリング料について、継続的な療養支援を担う為に転院を受け入れる医療機関においてがん患者カウンセリングを実施した場合も評価を行う。

「I-1-⑥」を参照のこと。

20. 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料及び精神科救急・合

併症入院料について、手術等の目的で一時的に転棟、あるいは転院した場合、再転棟や再入院時に再算定可能にする。

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

21. 精神科救急医療機関に緊急入院した後、状態の落ち着いた患者について、あらかじめ連携している精神科医療機関に転院させた場合や、精神科医療機関が転院を受け入れた場合について評価を新設する。

「Ⅰ－３－①」を参照のこと。

22. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。

「Ⅰ－４－①」を参照のこと。

23. 認知症専門診断管理料の見直しを行う。また、専門医療機関で認知症と診断された患者について、かかりつけ医が専門医療機関と連携し、その後の管理を行った場合の評価を行う。

「Ⅰ－４－②」を参照のこと。

24. 療養病床に入院中の者がBPSDの増悪等により認知症専門医による短期集中的な入院加療が必要となった際、別の認知症治療病棟入院料算定医療機関に転院した上で、症状改善後に当該療養病床へ再転院を行った場合について、評価を新設する。

「Ⅰ－４－④」を参照のこと。

25. 入院時既に発生している褥瘡に限り、治癒・軽快後一ヶ月間は医療区分2を継続して算定可能とする。併せて、当該取り扱いを採用する病院については、自院における褥瘡発生率等など医療の質に関する内容の公表を要件化する。

「Ⅲ－２」を参照のこと。

平均在院日数の減少や社会的入院の

是正に向けた取組について

骨子【IV-2-(1)】

1. 患者像に即した適切な評価や病床の機能分化を一層推進する観点から、一般病棟入院基本料における7対1入院基本料の算定要件を見直す。
「Ⅲ-1-①」を参照のこと。
2. 金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関について、土曜日、日曜日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ-1-②」を参照のこと。
3. 午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関について、退院日の入院基本料の適正化を行う。
「Ⅲ-1-②」を参照のこと。
4. 一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。
「Ⅲ-2」を参照のこと。
5. 精神療養病棟において、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を新設する。
「Ⅰ-3-②」を参照のこと。
6. 認知症治療病棟入院料の退院調整加算の要件を見直し、退院支援部署による支援で退院を行った場合の評価を引き上げる。
「Ⅰ-4-①」を参照のこと。

検体検査実施料の適正化について

骨子【IV－3】

第1 基本的な考え方

検体検査の実施料については、診療報酬改定時に衛生検査所検査料金調査による実勢価格に基づいて、その見直しを実施してきたところであり、これまでと同様の見直しを行う。

また、臨床的な観点から検査の区分や名称の変更を行う。

第2 具体的な内容

1. 衛生検査所検査料金調査に基づき、保険償還価格と実勢価格の乖離が大きい検査について、適正な評価を行う。
2. 現在、1つの検査項目に、分析物の有無を判定する定性検査や分析物の量を精密に測定する定量検査など、有用性の異なる複数の検査が含まれる場合もあることから、医学的な有用性を踏まえ、区分の細分化を行う。
3. 検体検査の名称について、日本臨床検査標準協議会により取りまとめられた標準検査名称・標準検査法名称を参考に見直しを行う。
例) プロテインS→プロテインS活性、プロテインS抗原
単純ヘルペスウイルス特異抗原→単純ヘルペスウイルス抗原定性

医療機器の価格等に基づく検査及び処置の適正化

骨子【IV-1-(1)】

第1 基本的な考え方

生体検査や処置の一部の点数は、使用する機器の価格や検査に要する時間に比べて高い評価となっているとの指摘がある。

これらを踏まえ、使用する機器の価格や検査に要する時間等のデータに基づき、適正化を行う。

第2 具体的な内容

現 行		改定案	
【量的視野検査（片側）】		【量的視野検査（片側）】	
2 静的量的視野検査	300点	2 静的量的視野検査	○点(改)
【調節検査】		【調節検査】	
	74点		○点(改)
【角膜形状解析検査】		【角膜形状解析検査】	
	110点		○点(改)
【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】		【他覚的聴力検査又は行動観察による聴力検査】	
1 鼓膜音響インピーダンス検査	300点	1 鼓膜音響インピーダンス検査	○点(改)
2 チンパノメトリー	350点	2 チンパノメトリー	○点(改)
【皮膚科光線療法（1日につき）】		【皮膚科光線療法（1日につき）】	
3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	350点	3 中波紫外線療法（308ナノメートル以上313ナノメートル以下に限定したもの）	○点(改)

コンピューター断層撮影診断料の見直し

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

CT撮影及びMRI撮影について、新たな機器の開発や新たな撮影法の登場などの技術の進歩が著しい状況にあり、診断や治療の質の向上に資するイノベーションを適切に評価する観点から画像撮影の評価体系を見直す。

第2 具体的な内容

64列以上のマルチスライス型CT及び3テスラ以上のMRIによる撮影に対する評価を新設する。

現 行	改定案
<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ 16列以上のマルチスライス型の機器による場合 900点</p> <p>ロ 2列以上16列未満のマルチスライス型の機器による場合 820点</p> <p>ハ イ、ロ以外の場合 600点</p>	<p>【コンピューター断層撮影】</p> <p>1 CT撮影</p> <p>イ <u>64列以上のマルチスライス型の機器による場合</u> 〇点(新)</p> <p>ロ 16列以上<u>64列未満</u>のマルチスライス型の機器による場合 〇点(改)</p> <p>ハ <u>4列以上</u>16列未満のマルチスライス型の機器による場合 〇点(改)</p> <p>ニ イ、ロ、<u>ハ</u>以外の場合 〇点(改)</p> <p>[施設基準]</p>

		<u>イについては、画像診断管理加算2が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。</u>
【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】	【磁気共鳴コンピューター断層撮影（MRI撮影）】
1 1.5テスラ以上の機器による場合	1 3テスラ以上の機器による場合	○点(改)
1,330点		
2 1以外の場合	2 1.5テスラ以上の機器による場合	○点(改)
1,000点		
	3 1、2以外の場合	○点(改)
	[施設基準]	
	<u>1については、画像診断管理加算2が算定できる施設に限る。専従の診療放射線技師が1名以上。</u>	

[参考]

画像診断管理加算2の施設基準

- ① 放射線科を標榜している病院であること。
- ② 画像診断を専ら担当する常勤の医師が1名以上配置されていること。
- ③ 当該保険医療機関において実施されるすべての核医学診断、CT撮影及びMRI撮影について、②に規定する医師により遅くとも撮影日の翌診療日までに当該患者の診療を担当する医師に報告されていること。
- ④ 画像診断管理を行うにつき十分な体制が整備されていること。

ビタミン剤の取扱い

骨子【IV-4-(1)】

第1 基本的な考え方

ビタミンB群及びビタミンC製剤について、従来から「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可となっているが、この考え方は他のビタミン製剤についてもあてはまることから、全てのビタミン製剤について同様の対応とする。

第2 具体的な内容

ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤以外のビタミン製剤についても、「単なる栄養補給目的」での投与は算定不可とする。

現 行	改定案
<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与されたビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断した場合を除き、これを算定しない。</p>	<p>【投薬／注射 薬剤】</p> <p>入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている患者又は入院中の患者以外の患者に対して投与された<u>ビタミン剤</u>については、当該患者の疾患又は症状の原因がビタミンの欠乏又は代謝異常であることが明らかであり、かつ、必要なビタミンを食事により摂取することが困難である場合その他これに準ずる場合であって、医師が当該ビタミン剤の投与が有効であると判断したときを除き、これを算定しない。</p>

人工腎臓等の適正な評価

骨子【Ⅳ－４－（２）】

第１ 基本的な考え方

慢性維持透析における合併症防止の観点から、近年有効性が明らかとなりつつある新しい血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価等を行う。また、包括薬剤の価格や、より低価格で同様の効果を持つエリスロポエチン製剤使用の実態を踏まえた包括点数の見直しを行う。

第２ 具体的な内容

1. 長期に及ぶ慢性維持透析患者の合併症に対し、近年有効性が明らかとなりつつある、透析液から分離作製した置換液を用いた血液透析濾過（オンライン血液透析濾過）についての評価を新設する。オンライン血液透析濾過の実施にあたり、使用する透析液についてより厳しい水質基準が求められることから、透析液水質確保加算２を新設する。オンライン血液透析濾過を算定する医療機関は、透析液水質確保加算２を算定していることとする。

(新) 慢性維持血液透析濾過（複雑なもの） ○点（１日につき）

[算定要件]

血液透析濾過のうち、透析液から分離作製した置換液を用いて血液透析濾過を行っている場合に算定する。

[施設基準]

透析液水質確保加算２を算定していること。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき） 透析液水質確保加算 10点</p> <p>[施設基準]</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 透析液水質確保加算 1 〇点(改)</p> <p>2 透析液水質確保加算 2 〇点(新)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 透析液水質確保加算 1</p> <p>① 関連学会から示されている基準に基づき、水質管理が適切に実施されていること。</p> <p>② 透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</p> <p>2 透析液水質確保加算 2</p> <p>① 月1回以上水質検査を実施し、<u>関連学会から示されている基準を満たした血液透析濾過用の置換液を作成し、使用していること。</u></p> <p>② <u>透析機器安全管理委員会を設置し、その責任者として専任の医師又は専任の臨床工学技士が1名以上配置されていること。</u></p>

2. エリスロポエチンの価格が低下し、同じ効能を有するがより低価格であるエポエチンベータペゴル等への置換が進んでいる現状を踏まえ、包括点数を見直す。

現 行	改定案
<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>	<p>【人工腎臓】（1日につき）</p> <p>1 慢性維持透析を行った場合 イ 4時間未満の場合</p>

	2,075点		<u>〇</u> 点(改)
□	4時間以上5時間未満の場合	□	4時間以上5時間未満の場合
	2,235点		<u>〇</u> 点(改)
ハ	5時間以上の場合	ハ	5時間以上の場合
	2,370点		<u>〇</u> 点(改)

コンタクトレンズに係る診療の適正評価

骨子【IV－4－(3)】

第1 基本的な考え方

コンタクトレンズに係る診療報酬については、検査点数を包括化した体系で評価を行っている。

この度、コンタクトレンズに関連した診療報酬の扱いを巡る贈収賄事件に関係して、「保険医療機関等に対する指導・監査の検証及び再発防止に関する検討チーム」の「中間とりまとめ報告書」において、コンタクトレンズ検査料のあり方について、見直しを含めた検討を行うべきとの指摘があったことを踏まえ、検査に対する必要な評価を行いつつ、適切な請求が行われるよう施設基準や診療報酬請求における取扱いについて見直しを行う。

第2 具体的な内容

コンタクトレンズ検査料2を算定する医療機関の中で、さらにコンタクトレンズに係る診療の割合が7.5割を超える医療機関では、病態により個別の検査を実施する必要がある場合には、検査の重複を避け、適切な治療が提供されるよう、速やかにより専門的な医療機関へ転医させるよう努めることとする。

調整係数見直しに係る経過措置について

平成 24 年 1 月 25 日の中医協で取りまとめられた「平成 24 年度 DPC 制度の見直しへの対応」に基づく実際の基礎係数及び医療機関別係数の設定状況を踏まえ、個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置（激変緩和）の具体案について、制度全体の移行に係る経過措置の再整理も含め、最終的に以下のような対応としてはどうか。

1. 基本方針

- ① 円滑な現場対応を確保する観点から、平成 22 年度改定での機能評価係数Ⅱ導入と、その後に合意された基礎係数を含む医療機関別係数の最終的な設定方式を踏まえ、今後、改めて段階的・計画的な移行措置を実施する。
- ② 移行措置の実施に際しては、個別医療機関に対する適切な激変緩和措置を併せて実施する。
- ③ 今後の移行措置の進展とともに、基礎係数及び機能評価係数Ⅱによる調整が、各医療機関で必要とする診療報酬水準のバラツキに適切な形で対応できるよう、必要に応じて、機能評価係数Ⅱの評価手法や基礎係数の設定方法等の見直しを行う。

2. 具体的な対応

前回（平成 24 年 1 月 25 日）中医協でとりまとめた見直しの対応（総－5－1）に基づく医療機関別係数の試算により把握した係数分布の実態と、平成 22 年度改定での調整係数の見直し（機能評価係数Ⅱの導入）の経緯も踏まえ、今後の段階的な移行スケジュールと個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置（激変緩和）については、前回とりまとめた対応（参考 1 に後掲）の一部修正・再整理も含めて、以下の通りとする。

（1）制度全体の移行に係る経過措置・移行スケジュール【一部修正・再整理】

- 今後の段階的な移行スケジュールについては、今回の平成 24 年度改定において、改めて、調整部分の 25%を「機能評価係数Ⅱ」に置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する。その後、次回改定（平成 26 年を想定）及び次々回改定（平成 28 年を想定）の経過措置を経て、3 回後の改定（平成 30 年を想定）において「基礎係数」と「機能評価係数Ⅱ」への完全移行を目指すものとする。

<考え方>

- ・ 平成 22 年度改定での機能評価係数Ⅱ導入に伴う（暫定）調整係数の設定は、各医療機関への影響が等しくなるような設定とした（ $\lambda=0.9777$ による調整係数の圧縮）。しかし、今回改定以降は、最終的な基礎係数+機能評価係数Ⅱに近づける方向に暫定調整係数を設定することとなり、医療機関への影響は施設によって大きく異なる【図 1、参考 2】。
- ・ 原案通り、前回改定と今回改定を合わせて 2 回分の移行措置とした場合、機能評価係数Ⅱの分布によっては、現在の調整係数と今後の基礎係数+機能評価係数Ⅱとの差が大きくなり、そのような医療機関にとっては、次回以降の移行措置よりも著しく大きな変動となり得る【図 1】。
- ・ 試算で判明した分布状況によれば、実際に大きく変動する医療機関が生じていることから、改めて、今回改定から最終的な係数設定への移行措置を計画的に実施する形で再整理することとし、今回の移行分を初回と同等の 25%、移行回数を今回改定も含めて 4 回とすることが適当。【参考 3】

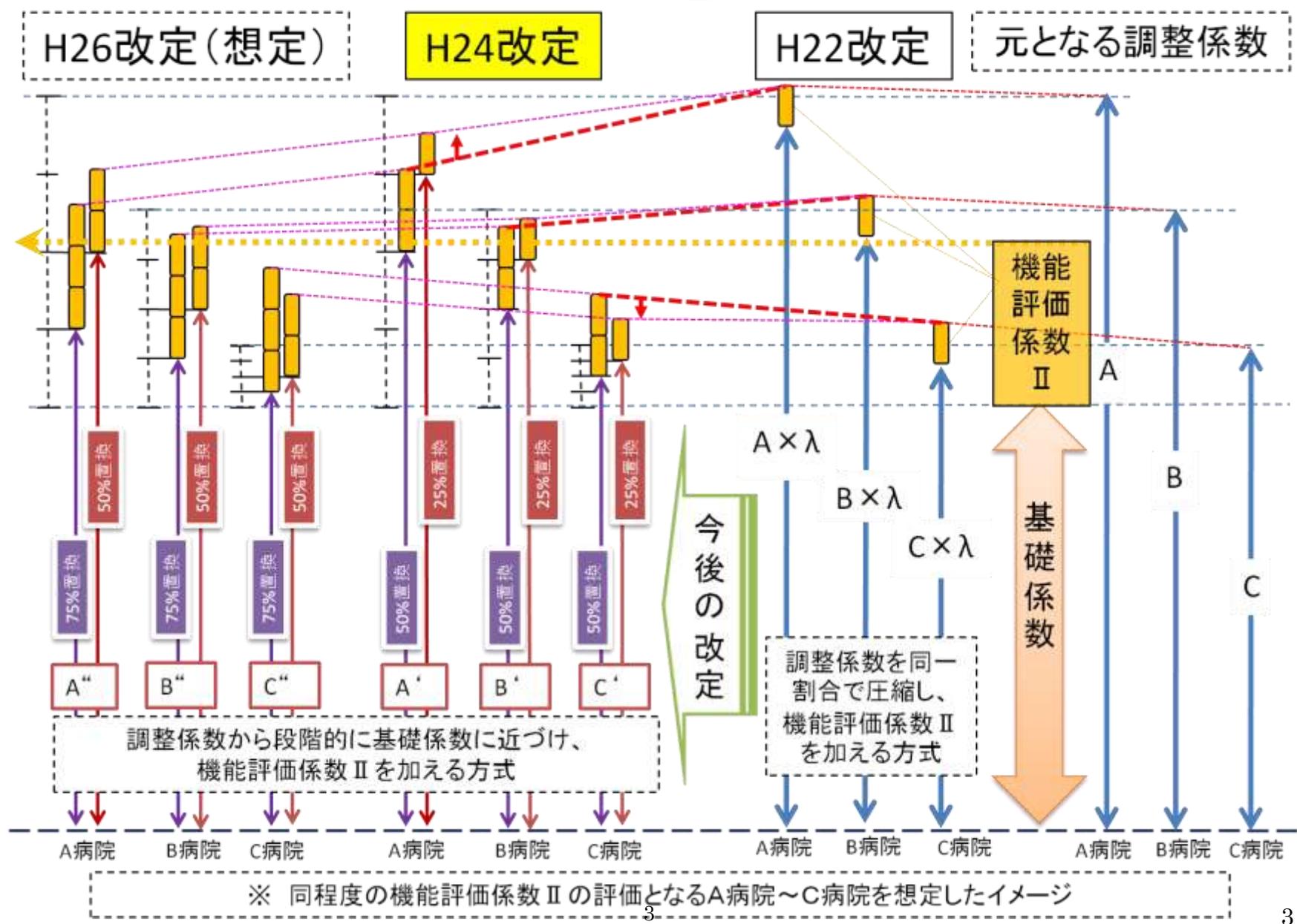
(2) 個別医療機関の医療機関別係数に係る経過措置（激変緩和）【継続検討】

- 制度全体の移行措置に伴う個別の医療機関別係数の変動についても、激変緩和の観点から一定の範囲内（医療機関別係数の変動の影響による推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）に基づき、2.0%程度を超えて変動しないと考えられる範囲）となるよう暫定調整係数を調整する措置も併せて講ずる。

<参考>

- ・ 前述のような今回改定での 25%置換え率で見直した場合、大多数の医療機関は 2.0%変動の範囲内に収まっている。
- ・ 医療経済実態調査（第 18 回平成 23 年度 6 月実施）の病院機能別集計によれば、DPC 対象病院の総損益差額の構成比率は前年度 2.2%となっている。
- ・ 平成 22 年度改定における機能評価係数Ⅱの導入に伴う同様な推計診療報酬変動率（出来高部分も含む）は±1.0%の範囲となっている。

図1 置換え方式の相違と置換え率(イメージ)



【参考1】平成24年1月25日・中医協・総-5-1（関係部分の抜粋）

- 今後の段階的な移行スケジュールについては、今回の平成24年度改定及び次回改定（平成26年を想定）の経過措置を経て、次々回改定（平成28年度改定を想定）において「基礎係数」及び「機能評価係数Ⅱ」への完全移行を目指すものとし、平成24年度改定での置換え割合を50%（前回改定で移行済みの25%に追加で移行する25%との合計）とする

【参考2】暫定調整係数設定の考え方

<p><平成22年度改定> 機能評価係数Ⅱへの置換え割合に相当する評価を全医療機関から一律の割合で圧縮</p>	<p>[医療機関Aの（暫定）調整係数] = [医療機関Aの調整係数] × λ λ : 0.9777</p>
<p><平成24年度以降の改定> 医療機関毎に調整係数と基礎係数の差を一定割合（t）近づける（医療機関毎に変動する割合が異なる）。</p>	<p>[医療機関Aの暫定調整係数] = [医療機関Aの基礎係数（群別）] × t + [医療機関Aの調整係数] × (1 - t) t : 機能評価係数Ⅱへの置換え割合</p>

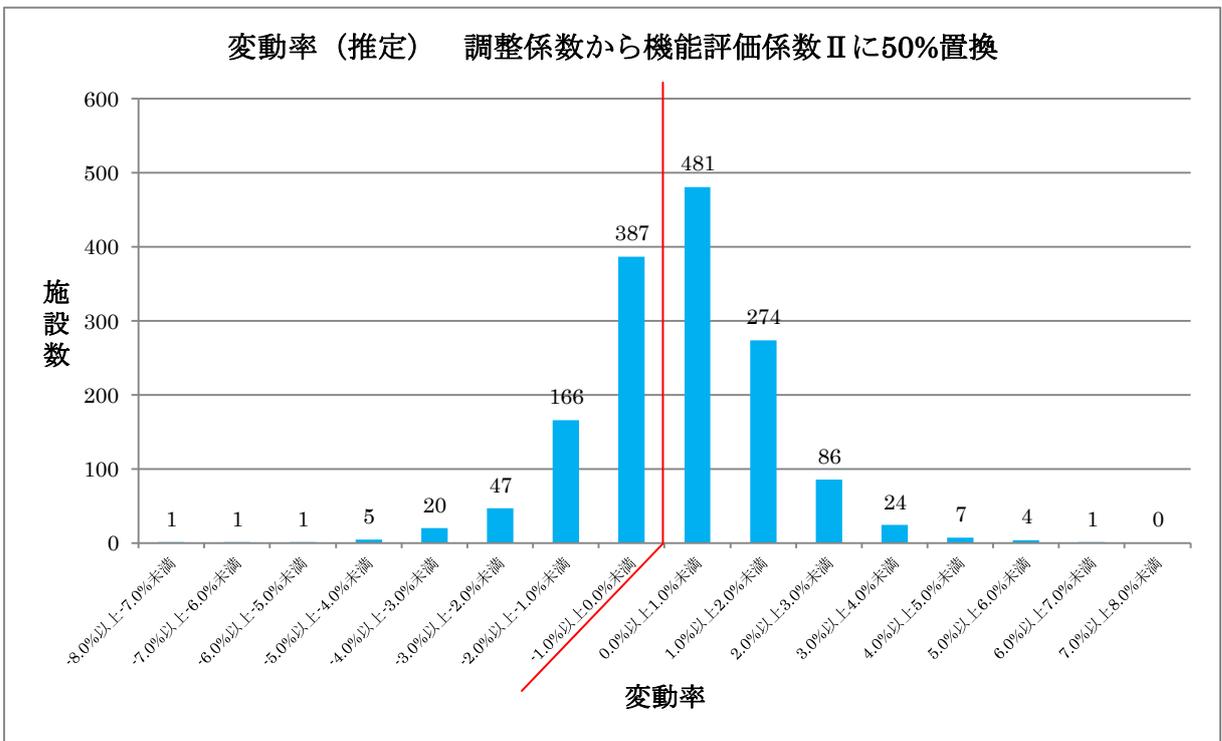
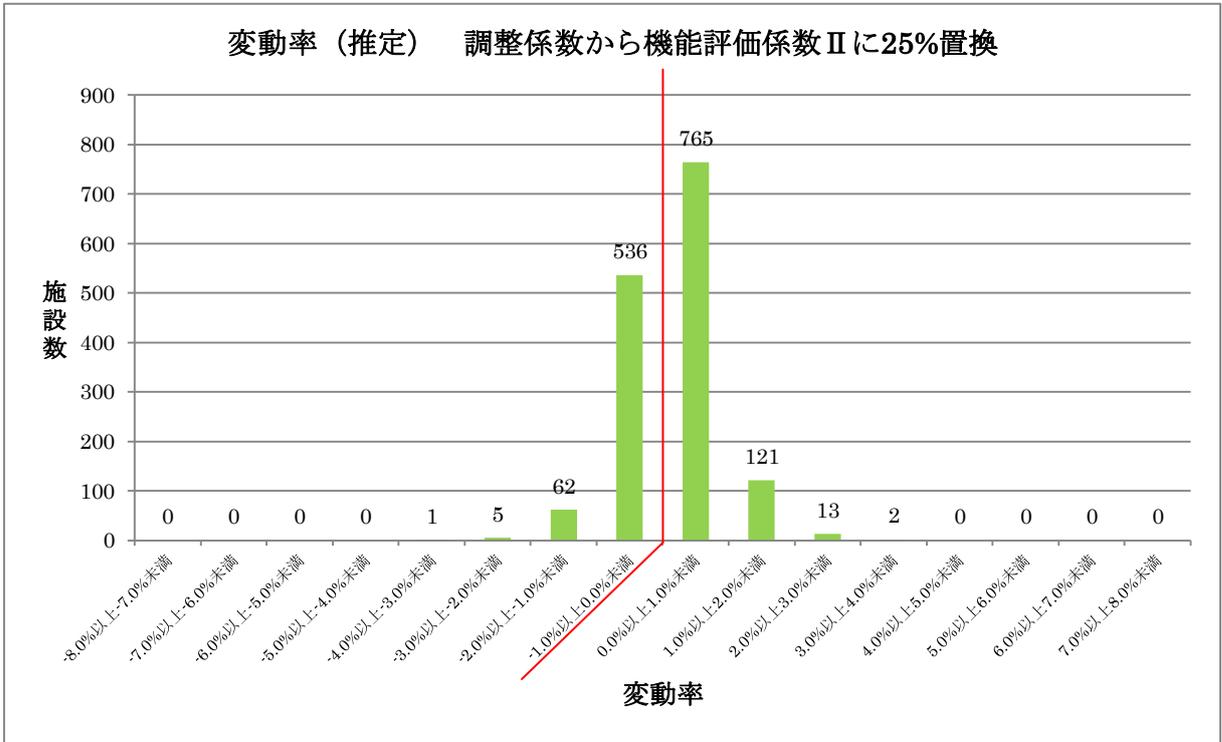
【参考3】平成24年度改定での置換え割合と置換えによる推計変動率（※）

※ 調整係数の見直し（機能評価係数Ⅱへの置換え）による変動の推定値。改定前の点数表と診療実績（平成22年10月～平成23年9月）による暫定的な推計（今回改定の影響を含まず）。

表 平成24年度改定での置換え割合と置換えによる推計変動率（※）の分布

置換え割合	変動率区分ごとの医療機関数(1,505施設)						最小値	中央値	最大値
	-4%未満	-4%～-2%	-2%～0%	0%～2%	2%～4%	4%以上			
25%	0	6	598	886	15	0	-3.30%	0.16%	3.48%
50%	8	67	553	755	110	12	-7.64%	0.22%	6.25%

注) 標記○%～□%の範囲については、上端の値の場合を含まず



骨子における「重点課題」及び「四つの視点」関連項目 (歯科診療報酬関係)

<内容>

1. 重点課題

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進	2
在宅歯科医療の推進	8

2. 四つの視点

生活の質に配慮した歯科医療の充実	12
患者の視点に立った歯科医療の充実	20
歯科固有の技術の評価の見直し	23
新規医療技術の保険導入等(歯科)	28
先進医療の保険導入(歯科)	31
画像診断に係る評価の新設	33

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

骨子【重点課題 1-4-⑤】
骨子【Ⅲ-5-(11)】

第1 基本的な考え方

1. 歯科医師等によるチーム医療や医師等との連携を推進する観点から、歯科を有する病院や病院と連携した歯科医療機関における、がん患者等の周術期における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価し、併せて周術期に行う歯科衛生士の専門的口腔衛生処置についても評価する。
2. 医科の医療機関との連携を評価した歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者）等の口腔内に合併症を引き起こす疾患を追加する。

第2 具体的な内容

1. 周術期口腔機能管理料等の新設

がん患者等の手術（全身麻酔を実施する場合に限る。）等を実施する医師等との連携の下、歯科医師が行う、がん患者等の入院前から退院後を含めた一連の口腔機能の管理の評価や放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価する。

具体的には、患者の周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価した「周術期口腔機能管理計画策定料」、その計画に基づく、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術や放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う日常的な療養の指導等を評価する、主に入院前後の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅰ）」、入院中の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅱ）」、放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を行う「周術期口腔機能管理料（Ⅲ）」の新設を行う。

(新) 周術期口腔機能管理計画策定料 ○点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、手術を実施する保険医療機関からの文書による依頼（ただし、歯科診療を実施している保険医療機関において手術を実施する場合であって、当該保険医療機関で周術期の口腔機能の管理に係る計画を策定する場合を除く。）を受け、患者の同意を得た上で、周術期の口腔機能の評価及び一連の口腔機能の管理計画を策定し、患者に説明し、文書により提供するとともに周術期の口腔機能の管理を行う保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（周術期の口腔機能の管理計画の策定と周術期の口腔機能の管理を同一の保険医療機関で実施する場合を除く。）に当該手術に係る一連の治療を通して1回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）

1 手術前 ○点

2 手術後 ○点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を手術を実施する保険医療機関に入院中以外の患者（ただし、保険医療機関（歯科診療を実施しているものを除く。）に入院中の患者は含む。）に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、計3回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料（Ⅱ）

1 手術前 ○点

2 手術後 ○点

[算定要件]

周術期における患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、手術を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を当該保険医療機関に入院中の手術を実施する患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、手術前は1回に限り、手術後は手術を行った日の属する月から起算して3月以内において、月2回に限り算定できる。

(新) 周術期口腔機能管理料 (Ⅲ) ○点

[算定要件]

放射線治療又は化学療法（以下「放射線治療等」という。）の治療期間中の患者の口腔機能を管理するため、歯科診療を実施している保険医療機関において、周術期口腔機能管理計画に基づき、患者の口腔衛生状態や口腔内の状態等の評価、放射線治療等を行う主病に関連する口腔内の変化に伴う療養上必要な指導等を、放射線治療等を実施している患者に対して、歯科医師が口腔機能の管理を行った場合には、当該患者につき、放射線治療等を開始した日の属する月から月1回に限り算定する。

2. 術後専門的口腔衛生処置の見直し

術後のみならず、周術期における歯科衛生士の取り組みを評価する観点から、術後専門的口腔衛生処置を廃止し、入院中の患者を対象とした周術期専門的口腔衛生処置を新設する。

現 行	改定案
【術後専門的口腔衛生処置】 80 点	廃 止
注 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0	

36、J038、J039、J040、J041、J042、J043、J068、J069、J070、J070-2、J072、J075、J076又はJ087に掲げる手術を行った入院患者であって、術後感染症、術後肺炎等の発現のおそれがあるものに対して、当該患者が入院する保険医療機関に属する歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、当該手術を行った日の属する月から起算して2月以内の期間において、月1回に限り算定する。

【周術期専門的口腔衛生処置】

80点(新)

注 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）または周術期口腔機能管理料（Ⅱ）を算定した、入院中の患者であって、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、専門的口腔清掃を行った場合に、周術期口腔機能管理料を算定した日の属する月において、術前1回、術後1回に限り算定する。(新)

3. 歯科治療総合医療管理料等の対象疾患の拡大

歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料の対象疾患に、主治の医師との連携が重要となる骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤の服用患者に限る。）及び慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）を追加する。

現 行	改定案
<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・ 高血圧性疾患 ほか 1 2 疾患 	<p>【歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯科治療総合医療管理料及び在宅患者歯科治療総合医療管理料に規定する疾患 ・ 高血圧性疾患 ほか 1 2 疾患 ・ <u>骨粗鬆症（ビスフォスホネート系製剤服用患者に限る。）</u> ・ <u>慢性腎臓病（腎透析を受けている患者に限る。）</u>（改）

4. 基本診療料や指導管理料における医科診療科との連携を評価

医科歯科併設の医療機関の取り組みを評価する観点から、歯科外来診療環境体制加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科治療総合医療管理料等の施設基準の要件となっている別の医科診療を行う医療機関との連携体制について、医科歯科併設の医療機関における連携体制も評価するとともに併せて小児入院医療管理についても評価に加える。

現 行	改定案
<p>(例)</p> <p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。 	<p>(例)</p> <p>【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】</p> <p>[施設基準]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療における偶発症等緊急時に円滑な対応ができるよう、別の保険医療機関との事前の連携体制が確保されていること。<u>なお、医科歯科併設の保険医療機関にあつては医科診療科との連携体制が確保されていればこの限りでない。（改）</u>
<p><特定入院料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料ほか3項目 	<p><特定入院料></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定集中治療室管理料ほか3項目 ・ <u>小児入院医療管理料(新)</u>

在宅歯科医療の推進

骨子【重点課題2-4-(1)】

第1 基本的な考え方

1. 在宅歯科医療をより一層推進する観点から、現在の歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。
2. 居宅に対する歯科訪問診療が推進されるよう、同一建物居住者以外に対する歯科訪問診療をより適切に評価するとともに、在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。
3. 歯科訪問診療に必要な器具を携行した場合の加算の評価について、一人の患者に対して「1回目」と「2回目以降」で異なる評価を、同一建物居住者の有無により適切に評価を行う。なお、この際、同一建物居住者に対して、一度に多数の患者に歯科訪問診療を行う場合の適正化を行う。

第2 具体的な内容

1. 歯科訪問診療料の対象者の表現の見直し

歯科訪問診療の対象者について、歯科訪問診療の実情も踏まえつつ、適切に歯科訪問診療が提供されるよう「常時寝たきりの状態」の表現を見直す。

現 行	改定案
<p>[算定要件]</p> <p>・歯科訪問診療は常時寝たきりの状態等であって、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象とし、療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</p>	<p>[算定要件]</p> <p>・<u>歯科訪問診療は、在宅等において療養を行っており、疾病、傷病のため通院による歯科治療が困難な患者を対象としていることから、通院が容易な者に対して安易に算定してはならない。</u>なお、この場合において、<u>療養中の当該患者の在宅等から屋外等への移動を伴わない屋内で診療を行った場合に限り算定できる。</u>（改）</p>

2. 歯科訪問診療料の評価の見直し

歯科訪問診療の評価について、在宅に対する歯科訪問診療を推進する観点から、歯科訪問診療料1の評価を引き上げるとともに、歯科訪問診療を行った際に患者の容体の急変により、やむを得ず20分を満たさなかった場合の取り扱いを明記する。

現 行	改定案
<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>1 歯科訪問診療 1 830点</p> <p>2 歯科訪問診療 2 380点</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除</p>	<p>【歯科訪問診療料】</p> <p>1 歯科訪問診療 1 <u>〇点（改）</u></p> <p>2 歯科訪問診療 2 380点</p> <p>注1 1については、在宅等において療養を行っている患者（当該患者と同一の建物に居住する他の患者に対して当該保険医療機関が同一日に歯科訪問診療を行う場合の当該患者（以下この区分番号において「同一建物居住者」という。）を除</p>

<p>く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。</p>	<p>く。)であって通院が困難なものに対して、当該患者が居住する建物の屋内において、次のいずれかに該当する歯科訪問診療（診療時間が20分以上の場合に限る。<u>ただし、当該患者の容体が急変し、やむを得ず治療を中止した場合においてはこの限りでない。</u>）を行った場合に算定する。この場合において、区分番号A000に掲げる初診料又は区分番号A002に掲げる再診料は、算定しない。<u>（改）</u></p> <p>※注2（同一建物居住者についても同様の改正）</p>
---	---

3. 歯科訪問診療補助加算の新設

在宅療養支援歯科診療所の取り組みを評価する観点から、在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が歯科訪問診療に際して診療の補助を行った場合に評価を行う。

(新)	<u>歯科訪問診療補助加算（1日につき）</u>	
	<u>同一建物居住者以外の場合</u>	○点
	<u>同一建物居住者の場合</u>	○点

[算定要件]

在宅療養支援歯科診療所に属する歯科衛生士が、必要があつて歯科訪問診療の補助を行うために歯科訪問診療を行う歯科医師と同行し、実際に歯科訪問診療の補助を行った場合は、歯科訪問診療補助加算として、次に掲げる点数を、1日につき歯科訪問診療料の所定点数に加算する。

生活の質に配慮した歯科医療

骨子【I-7-(1)】
骨子【I-7-(2)】

第1 基本的な考え方

1. 「障害者加算」の対象者に、日常生活に支障を来たすような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、著しく歯科診療が困難な状態を明示し、歯科診療報酬上における「障害者加算」は、本加算の要件を維持しつつ、主旨をより適切に反映する観点から「歯科診療特別対応加算（仮称）」に改める。

また、著しく歯科診療が困難な者に対する歯科医療の充実を図る観点から、著しく歯科診療が困難な患者の状態に応じて、身近な歯科医療機関でも円滑に歯科治療が受けられるよう、専門性の高い歯科医療機関から患者を紹介した場合及び一般の歯科医療機関が患者を受け入れた場合の評価を行う。

2. 例えば、糖尿病患者は歯周病が悪化しやすい傾向があることを踏まえ、歯周病の悪化・重症化リスクが極めて高い患者等に対する歯周病安定期治療の間隔を、歯周外科手術を実施した場合に合わせて短縮するとともに、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

第2 具体的な内容

1. 障害者加算の名称の見直し及び対象者の明確化

障害者加算を歯科診療特別対応加算に改め、対象者の明確化を図る。

現 行	改定案
<p>【障害者加算（初診料・再診料の加算）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・著しく歯科診療が困難な障害者に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「著しく歯科診療が困難な障害者」とは、脳性麻痺等で身体の不随運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、障害者加算を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。 	<p>【<u>歯科診療特別対応加算</u>（初診料・再診料の加算）】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>著しく歯科診療が困難な者</u>に対して初診を行った場合は、175点（当該患者が歯科治療環境に円滑に適応できるような技法を用いた場合は、250点）を所定点数に加算する。 <u>（改）</u> <p>[算定要件]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「<u>著しく歯科診療が困難な者</u>」とは、脳性麻痺等で身体の不随意運動や緊張が強く体幹の安定が得られない状態、知的発達障害により開口保持ができない状態や治療の目的が理解できず治療に協力が得られない状態、重症の喘息患者で頻繁に治療の中断が必要な状態、<u>日常生活に支障を来すような症状・行動や意志疎通の困難さが頻繁に見られ、歯科診療に際して家族等の援助を必要とする状態</u>又はこれらに準ずる状態にある者をいう。なお、<u>歯科診療特別対応加算</u>を算定した日においては、患者の状態を診療録に記載し、専門的技法を用いた場合はその名称を併せて診療録に記載する。<u>（改）</u>

2. 歯科診療特別対応地域支援加算の新設

(新) 歯科診療特別対応地域支援加算（初診料の加算、初診時1回）

〇点

著しく歯科診療が困難な患者について、専門性の高い歯科医療機関からの紹介に基づき、歯科医療機関で受け入れ外来で診療を行った場合の評価を新設する。

[算定要件]

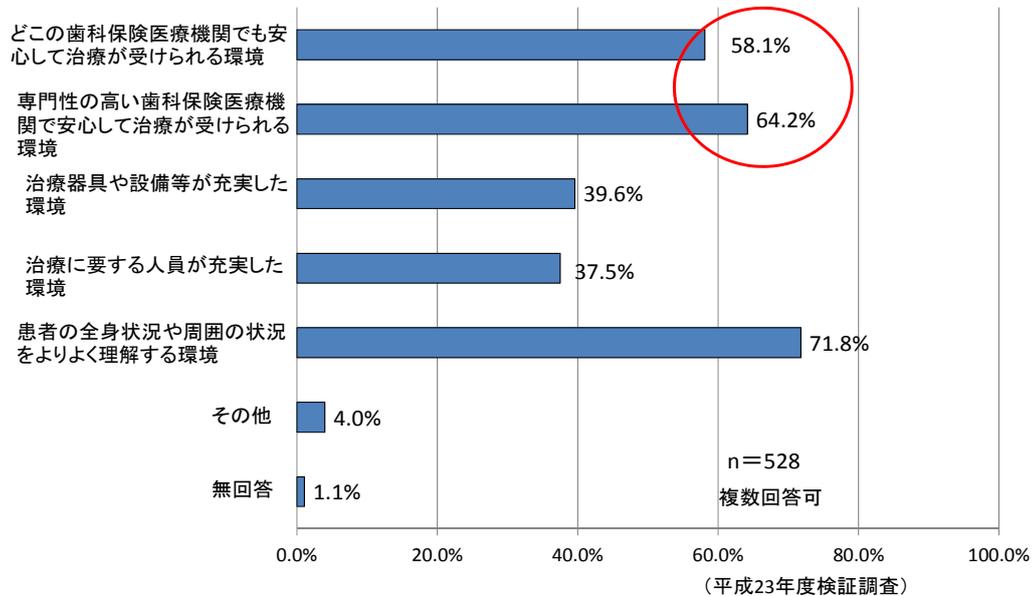
歯科診療を実施している保険医療機関（診療所であって、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関は除く。）において、歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科診療特別対応加算を算定した患者について、当該保険医療機関から文書による診療情報提供を受けた上で、外来において初診を行った場合には、月1回に限り所定点数に加算する。

3. 著しく歯科診療が困難な患者の歯科治療に係る連携の促進

著しく歯科診療が困難な患者に対する歯科医療を専門的に行う医療機関と地域の歯科診療を担う医療機関との連携促進を図る観点から、これらの医療機関に対して、基本診療料に係る歯科診療特別対応加算を算定している患者に係る情報を提供し、紹介した場合の評価を行う。

現 行		改定案	
【診療情報提供料 I】	250点	【診療情報提供料 I】	250点
		<p><u>注 歯科診療特別対応連携加算に係る施設基準又は地域歯科診療支援病院歯科初診料に係る施設基準に適合するものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、歯科診療特別対応加算を算定している患者について、当該患者又はその家族の同意を得て、歯科診療を行う保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合は、所定点数に〇点を加算する。(新)</u></p>	

歯科医療を受けるにあたり希望すること (平成23年度検証調査)



4. 歯の保存に資する技術の評価

一連の歯周病治療終了後、一時的に病状が安定した状態にある患者に対し、歯周組織の状態を維持するために行われる継続的な歯周病安定期治療について、歯周病に対するリスクが高い者に関しては治療間隔期間の短縮を図る等、歯周治療を評価するとともに、歯の保存に資する歯内療法についても併せて評価する。

(1) 歯周病に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
<p data-bbox="331 786 860 882">【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p data-bbox="316 958 860 1279">注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合は、この限りでない。</p>	<p data-bbox="904 786 1433 882">【歯周病安定期治療（1口腔につき）】 300点</p> <p data-bbox="888 958 1433 1391">注 2回目以降の歯周病安定期治療の算定は、前回実施月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行う。ただし、一連の歯周病治療において歯周外科手術を実施した場合等の<u>歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる場合</u>においてはこの限りでない。 <u>（改）</u></p> <p data-bbox="904 1467 1066 1503">[算定要件]</p> <p data-bbox="904 1529 1445 2016">・ <u>2回目以降の歯周病安定期治療の算定については、前回実施した月の翌月の初日から起算して2月を経過した日以降に行うこと。ただし、歯周病安定期治療の治療間隔の短縮が必要とされる以下の場合については、3月以内の間隔で実施した歯周病安定期治療の費用は月1回に限り算定できる。なお、この場合、</u></p>

<p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング (3分の1顎につき) 64点</p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)</p> <p>イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点</p> <p>3 歯周ポケット搔爬 (盲嚢搔爬) (1歯につき)</p> <p>イ 前歯 58点 ロ 小臼歯 62点 ハ 大臼歯 68点</p> <p>【歯周外科手術】 (1歯につき) (例)</p> <p>4 歯肉剥離搔爬手術 600点</p>	<p>実施する理由 (イ 歯周外科手術を実施した場合は除く。)、全身状態等を診療録に記載すること。また、<u>ロ又はハに関しては主治の医師からの文書を添付すること。</u></p> <p><u>イ 歯周外科手術を実施した場合</u></p> <p><u>ロ 全身疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合</u></p> <p><u>ハ 全身疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合</u></p> <p><u>ニ 侵襲性歯周炎の場合</u></p> <p style="text-align: right;">(改)</p> <p>【歯周基本治療】</p> <p>1 スケーリング (3分の1顎につき) <u>0点 (改)</u></p> <p>2 スケーリング・ルートプレーニング (1歯につき)</p> <p>イ 前歯 <u>0点 (改)</u> ロ 小臼歯 <u>0点 (改)</u> ハ 大臼歯 <u>0点 (改)</u></p> <p>3 <u>歯周ポケット搔爬</u> (1歯につき)</p> <p>イ 前歯 <u>0点 (改)</u> ロ 小臼歯 <u>0点 (改)</u> ハ 大臼歯 <u>0点 (改)</u></p> <p>【歯周外科手術】 (1歯につき) (例)</p> <p>4 歯肉剥離搔爬手術 <u>0点 (改)</u></p>
--	---

<p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>1 次手術 730 点</p> <p>2 次手術 300 点</p> <p>[算定要件]</p> <p>・ 手術時歯根面レーザー応用加算 40点</p>	<p>5 歯周組織再生誘導手術</p> <p>1 次手術 <u>○点 (改)</u></p> <p>2 次手術 <u>○点 (改)</u></p> <p>[算定要件]</p> <p>・ 手術時歯根面レーザー応用加算 <u>○点 (改)</u></p> <p><u>【歯周病部分的再評価検査】○点 (新)</u> <u>(1 歯につき)</u></p> <p><u>注 歯周外科手術を行った部位に対して、歯周病の治癒の状態を評価することを目的として実施した場合に、手術後に1回に限り算定する。</u> <u>(新)</u></p>
---	--

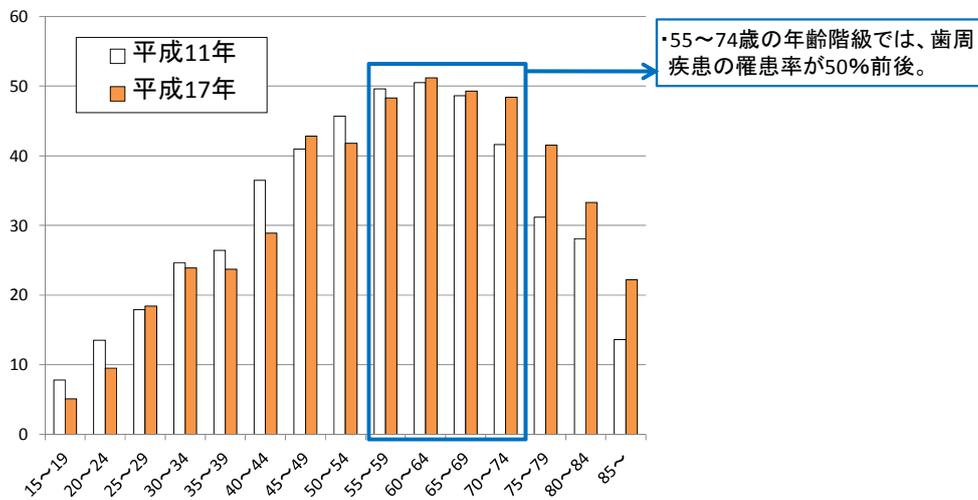
(2) 歯内療法に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
<p>【歯髄保護処置】(1 歯につき)</p> <p>3 間接歯髄保護処置 25 点</p>	<p>【歯髄保護処置】(1 歯につき)</p> <p>3 間接歯髄保護処置 <u>○点 (改)</u></p>
<p>【抜髄】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 220 点</p>	<p>【抜髄】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>○点 (改)</u></p>
<p>【感染根管処置】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 130 点</p>	<p>【感染根管処置】(1 歯につき)</p> <p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>○点 (改)</u></p>
<p>【根管貼薬処置】(1 歯 1 回につき)</p>	<p>【根管貼薬処置】(1 歯 1 回につき)</p>

<p>(例)</p> <p>1 単根管 20点</p> <p>【根管充填】(1歯につき)</p> <p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、118点、140点又は164点をそれぞれ加算する。</p>	<p>(例)</p> <p>1 単根管 <u>0点(改)</u></p> <p>【根管充填】(1歯につき)</p> <p>注1 加圧根管充填を行った場合は、単根管、2根管又は3根管以上の所定点数に、<u>0点、0点又は0点</u>をそれぞれ加算する。<u>(改)</u></p>
---	---

年齢階級別の歯周疾患罹患率

(%) (4mm以上の歯周ポケットを有する者の割合)

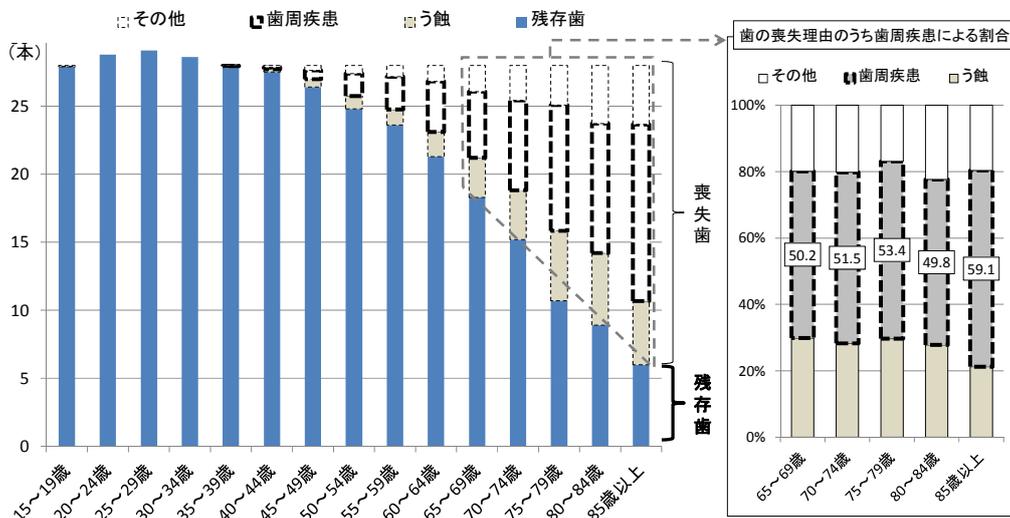


出典: 歯科疾患実態調査

(昭和32年より6年ごとに実施されている調査。直近は平成17年に実施され、今年度実施予定。)

1人平均の現在歯数及び歯の喪失理由別歯数

- ・年齢の増加とともに歯周疾患による歯の喪失本数が顕著に増加
- ・残存歯も歯周疾患に罹患しており、歯周疾患による喪失リスクは年齢とともに増加



永久歯の抜歯原因調査(平成17年、財団法人8020推進財団)及び歯科疾患実態調査(平成17年)をもとに作成

患者の視点に立った歯科医療

骨子【Ⅰ－7－(2)】
骨子【Ⅱ－1－(2)】
骨子【Ⅱ－3－(2)】

第1 基本的な考え方

1. 歯科の外来診療の特性を踏まえつつ、歯科医療の総合的な環境整備を行っている施設基準を満たした歯科医療機関における再診の評価を行う。
2. 歯科矯正は、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常等、疾患としての位置付けが明確なものについて、診療報酬上評価しているが、患者の視点等を踏まえ、唇顎口蓋裂等の先天性疾患に起因する咬合異常に対する歯科矯正の適応症について拡大を行う。
3. 患者からみて難解な用語と思われる保険診療上の歯科用語の平易化等を図る。

第2 具体的な内容

1. 歯科医療の総合的な環境整備を行っている歯科医療機関を評価

再診時歯科外来診療環境体制加算の新設及び歯科外来診療環境体制加算（初診時）を見直す。

現 行	改定案
【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 30 点	【歯科外来診療環境体制加算（初診料の加算）】 〇点（改） 【再診時歯科外来診療環境体制加算（再診料の加算）】 〇点（新）

	<p>注 <u>歯科外来診療環境体制加算に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、歯科外来診療の総合的な歯科医療環境の体制整備に係る取組を行った場合には、再診時歯科外来診療環境体制加算として、所定点数に〇点を加算する。</u></p> <p><u>(新)</u></p>
--	--

2. 療養の給付の対象とする歯科矯正の適応症の拡大

歯科矯正治療に係る療養の給付の対象となる先天性疾患等の範囲を拡大する。

現 行	改定案
<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)ほか31疾患 	<p>[療養の給付の対象とする適応症]</p> <p><small>しんがくこうがいれつ</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・唇顎口蓋裂に起因した咬合異常 ・<small>がくりだん</small>顎離断等の手術を必要とする顎変形症 ・以下の疾患に起因する咬合異常 ゴールデンハー症候群(鰓弓異常症を含む。)ほか31疾患、 <u>小舌症、頭蓋骨癒合症、骨形成不全症、口笛顔貌症候群、ルビンスタイン-ティビ症候群、常染色体欠失症候群、ラーセン症候群、濃化異骨症、6歯以上の非症候性部分性無菌症(改)</u>

3. 保険診療上の歯科用語の平易化

難解であるとの指摘のある保険診療上の歯科用語については、学会等からの提案も参考としつつ、患者からみてより分かりやすい用語に改める。

現 行	改定案
<small>し が</small> 歯牙 <small>ししゅうそしきけんさ</small> 歯周組織検査 <small>しよき しよくしょう かねつこうてんそくしよち</small> 初期う蝕 小窩裂溝填塞処置 <small>ちゅうぞうかん</small> 鑄造冠 <small>ぜんそうちゅうぞうかん</small> 前装鑄造冠	<small>は</small> 歯 (改) <small>ししゅうびょうけんさ</small> 歯周病検査 (改) <small>しよき しよくそうきじゅうてんしよち</small> 初期う蝕 早期充填処置 (改) <small>きんぞくかん</small> 金属冠 (改) <small>ぜんそうきんぞくかん</small> レジン前装金属冠 (改)

4. 診療報酬点数表の簡素化等

歯科診療報酬において、代替の医療技術に置き換わった、臨床上行われていない治療等については、学会等からの提案も参考としつつ診療報酬点数表の簡素化を図る。

- ・ 圧迫麻酔
- ・ デンタルゼロラジオグラフィー
- ・ 臼歯金属歯
- ・ 帯環金属冠修理
- ・ 金合金鉤修理

歯科固有の技術の評価の見直し

骨子【I-7-(2)】

骨子【I-7-(3)】

第1 基本的な考え方

1. 歯周病とともに歯の喪失リスクであるう蝕に罹患した歯の修復治療や歯内治療等、歯の保存に資する技術の評価するとともに、歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術等についても併せて評価する。
2. 臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については学会等からの要望も踏まえて診療報酬上に位置づける。

第2 具体的な内容

1. 歯の修復に資する技術や歯を喪失した際に早期に口腔機能の維持・回復が図られ、生活の質の向上に資する技術について評価の見直しを行う。

(1) 歯の修復治療に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
【初期う蝕小窩裂溝填塞処置】 120 点	【初期う蝕早期充填処置】 <u>〇点（改）</u>
【歯冠修復物又は補綴物の除去】 （1 歯につき）	【歯冠修復物又は補綴物の除去】 （1 歯につき）
1 簡単 15 点	1 簡単 <u>〇点（改）</u>
2 困難 30 点	2 困難 <u>〇点（改）</u>
3 根管内ポストを有する鑄造体	3 根管内ポストを有する鑄造体

50 点	<u>0点 (改)</u>
【歯冠形成】 (1 歯につき) (例)	【歯冠形成】 (1 歯につき) (例)
1 生活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 300 点	1 生活歯歯冠形成 イ <u>金属冠</u> <u>0点 (改)</u>
2 失活歯歯冠形成 イ 鑄造冠 160 点	2 失活歯歯冠形成 イ <u>金属冠</u> <u>0点 (改)</u>
3 窩洞形成 イ 単純なもの 54 点 ロ 複雑なもの 80 点	3 窩洞形成 イ 単純なもの <u>0点 (改)</u> ロ 複雑なもの <u>0点 (改)</u>
【う蝕歯即時充填形成】 (1 歯につき) 120 点	【う蝕歯即時充填形成】 (1 歯につき) <u>0点 (改)</u>
【鑄造歯冠修復】 (1 個につき) (例)	【<u>金属歯冠修復</u>】 (1 個につき) (例)
2 全部鑄造冠 445 点	2 <u>全部金属冠</u> <u>0点 (改)</u>
【咬合採得】 1 歯冠修復 (1 個につき) 14 点	【咬合採得】 1 歯冠修復 (1 個につき) <u>0点 (改)</u>

(2) 早期に口腔機能の維持・回復が図られる補綴治療に関する技術の評価の見直し

現 行	改定案
【支台築造印象】 (1 個につき) 20 点	【支台築造印象】 (1 個につき) <u>0点 (改)</u>
【印象採得】	【印象採得】

<p>1 歯冠修復（1個につき） <input type="checkbox"/> 連合印象 60点</p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p><input type="checkbox"/> 連合印象 225点 <input type="checkbox"/> 特殊印象 265点 <input type="checkbox"/> ワンピースキャストブリッジ (1)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の 場合 275点 (2)支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の 場合 326点</p> <p>【ポンティック（ダミー）】 （1歯につき） 428点</p> <p>【有床義歯】 (例) 2 総義歯（1顎につき） 2,060点</p> <p>【鑄造鉤】 (例) 1 双歯鉤 224点</p> <p>【フック、スパー】（1個につき） 96点</p> <p>【バー】（1個につき）</p>	<p>1 歯冠修復（1個につき） <input type="checkbox"/> 連合印象 <u>0点（改）</u></p> <p>2 欠損補綴（1装置につき）</p> <p><input type="checkbox"/> 連合印象 <u>0点（改）</u> <input type="checkbox"/> 特殊印象 <u>0点（改）</u> <input type="checkbox"/> ワンピースキャストブリッジ (1)支台歯とポンティックの数の 合計が5歯以下の場合 <u>0点（改）</u> (2)支台歯とポンティックの数の 合計が6歯以上の場合 <u>0点（改）</u></p> <p>【ポンティック】 （1歯につき） <u>0点（改）</u></p> <p>【有床義歯】 (例) 2 総義歯（1顎につき） <u>0点（改）</u></p> <p>【鑄造鉤】 (例) 1 <u>双子鉤</u> <u>0点（改）</u></p> <p>【フック、スパー】（1個につき） <u>0点（改）</u></p> <p><u>注 保険医療材料料は、所定点数に含まれるものとする。（新）</u></p> <p>【バー】（1個につき）</p>
---	---

<p>(例)</p> <p>1 鑄造バー 430 点</p> <p>【有床義歯修理】(1床につき) 220 点</p> <p>注3 歯科技工加算 20 点</p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>(例)</p> <p>2 総義歯(1顎につき) 750点</p>	<p>(例)</p> <p>1 鑄造バー <u>〇点(改)</u></p> <p>【有床義歯修理】(1床につき) <u>〇点(改)</u></p> <p>注3 歯科技工加算 <u>〇点(改)</u></p> <p>【有床義歯内面適合法】</p> <p>(例)</p> <p>2 総義歯(1顎につき) <u>〇点(改)</u></p>
--	--

(3) その他の技術の評価の見直し

臨床の実態と歯科診療報酬点数表の位置づけが必ずしも合致していない項目については診療報酬上の位置づけを見直すとともに、歯科治療上必要な処置等については、学会等からの要望も踏まえて診療報酬点数表上に位置づける。

① 機械的歯面清掃加算の位置づけの見直し

歯科疾患管理料及び歯科疾患在宅療養管理料の加算である機械的歯面清掃加算については、その位置付けの見直しを行う。

現 行	改定案
<p>【機械的歯面清掃加算(歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料の加算)】 60 点</p> <p>注 当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を</p>	<p>【<u>機械的歯面清掃処置</u>】 60 点(新)</p> <p>注 <u>歯科疾患管理料又は歯科疾患在宅療養管理料を算定した患者であって当該患者の療養を主として担う歯科医師(以下「主治の歯科医師」という。)又はその指示を受けた歯</u></p>

<p>行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り所定点数に60点を加算する。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該加算を算定した翌月は、算定しない。</p>	<p><u>科衛生士が、歯周疾患に罹患している患者であって歯科疾患の管理を行っているもの（訪問歯科衛生指導料を算定しているもの又は歯科矯正管理料を算定しているものを除く。）に対して機械的歯面清掃を行った場合は、月1回に限り算定できる。ただし、歯周病安定期治療を算定した日又は当該管理料を算定した翌月は算定しない。（新）</u></p>
--	---

② 摂食機能の回復を目的とするもの（舌接触補助床）の位置づけの見直し

通知上、床副子の「著しく困難なもの」の1つに位置づけられている舌接触補助床を新たな項目として位置づける。

③ その他の処置項目

歯科治療上必要な処置について、診療報酬の歯科点数表に位置付けるとともに、一部の加算等の診療報酬の項目の見直しを行う。

（新） 上顎洞洗淨 〇点

[算定要件]

・ 歯科疾患を原因として発生した上顎洞の炎症等に対して、歯科治療上必要があつて洗淨を行った場合に算定する。

新規医療技術の保険導入等（歯科）

骨子【I-7-(3)】

第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規技術の保険導入等を行う。

第2 具体的な内容

1. 接着ブリッジの適応範囲の拡大

現 行	改定案
<p>【<u>歯冠形成</u>】（1歯につき）</p> <p>注 鑄造冠については、前歯の4分の3冠、前歯の前装鑄造冠及び前歯部の接着ブリッジのための前歯部の支台歯の歯冠形成は、所定点数に490点を加算する。</p> <p>【<u>鑄造歯冠修復</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>・接着冠に係る鑄造歯冠修復及び保険医療材料料は、「4分の3冠」に準じて算定する。</p>	<p>【<u>歯冠形成</u>】（1歯につき）</p> <p>注 <u>金属冠</u>については、前歯の4分の3冠、前歯の<u>レジン前装金属冠</u>及び<u>接着ブリッジのための支台歯の歯冠形成は</u>、所定点数に490点を加算する。<u>（改）</u></p> <p>【<u>金属歯冠修復</u>】</p> <p>[算定要件]</p> <p>・接着冠に係る金属歯冠修復及び保険医療材料料は、前歯部については4分の3冠に準じて算定し、臼歯部については<u>5分の4冠に準じて算定する。（改）</u></p>

2. 上顎骨形成手術及び下顎骨形成手術の項目の追加

現 行	改定案
<p>【上顎骨形成術】</p> <p>【下顎骨形成術】</p>	<p>【上顎骨形成術】</p> <p style="padding-left: 2em;"><u>3 骨移動を伴う場合</u></p> <p style="text-align: right;">○点(新)</p> <p>【下顎骨形成術】</p> <p style="padding-left: 2em;"><u>4 骨移動を伴う場合</u></p> <p style="text-align: right;">○点(新)</p> <p>注 <u>別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、先天異常に対して行われた場合に限り算定する。(新)</u></p>

3. 歯科ドレーン法の新設

(新) 歯科ドレーン法 ○点

[算定要件]

- (1) 蜂窩織炎や膿瘍形成等、術後に滲出液、血液等の貯留が予想される患者に対して、部位数、交換の有無にかかわらず、歯科治療上必要な場合に、持続的な吸引を行った場合に1日につき、所定点数により算定する。
- (2) ドレナージの部位の消毒等の処置料は、所定点数に含まれる。

4. 歯冠修復の充填の見直し

歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う充填を評価するとともに充填の評価体系を改める。

現 行	改定案
<p>【充填】</p> <p>充填（1歯につき）</p> <p>1 単純なもの 100点</p> <p>2 複雑なもの 148点</p> <p>注 エナメルエッチング法及びエナメルボンディング法に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。</p>	<p>【充填】</p> <p><u>充填（1歯につき）</u></p> <p><u>1 充填1</u></p> <p><u>イ 単純なもの 〇点（改）</u></p> <p><u>ロ 複雑なもの 〇点（改）</u></p> <p><u>2 充填2</u></p> <p><u>イ 単純なもの 〇点（改）</u></p> <p><u>ロ 複雑なもの 〇点（改）</u></p> <p><u>注1 歯質に対する接着性を付与又は向上させるために歯面処理を行う場合は1により、それ以外は2により算定する。（改）</u></p> <p><u>注2 充填1の歯面処理に係る費用は、所定点数に含まれるものとする。（改）</u></p>

先進医療の保険導入（歯科）

骨子【I-7-(3)】

第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、先進医療専門家会議における検討結果を踏まえ、先進医療の保険導入を行う。

第2 具体的な内容

1 広範囲顎骨支持型装置及び広範囲顎骨支持型補綴に関する評価の新設

広範囲顎骨支持型装置とは、広範囲な顎骨欠損等の特殊な症例に対して応用する人工的構造物をいい、広範囲顎骨支持型補綴とは、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為をいう。

(新) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術（1顎一連につき）

1 1回法による手術・・・・・・・・・・○点

2 2回法による手術

イ 1次手術・・・・・・・・・・○点

ロ 2次手術・・・・・・・・・・○点

注 2／3顎以上の範囲にわたる場合は所定点数に○点を加算する。

[算定要件]

(1) 当該手術は、以下のいずれかに該当し、従来のブリッジや有床義歯（顎堤形成後の有床義歯を含む）では咀嚼機能の回復が困難な患者に対して実施した場合に算定できる。

イ 腫瘍、顎骨骨髓炎、外傷等により、広範囲な顎骨欠損又は歯槽骨欠損症例（歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く。）若しくはこれらが骨移植等により再建された症例であること。なお、欠損範囲については、上顎にあっては、連続した1／3顎程度以上の顎骨欠損症例若しくは上顎洞又は鼻腔への交通が認められる顎骨欠損症例であり、下顎にあ

っては、連続した1／3顎程度以上の歯槽骨欠損（歯周疾患および加齢による歯槽骨吸収は除く）又は下顎区域切除以上の顎骨欠損であること。

□ 医科の保険医療機関（医科歯科併設の保険医療機関にあっては医科診療科）の主治の医師の診断に基づく外胚葉異形成症等の先天性疾患で、連続した1／3顎程度以上の多数歯欠損又は顎堤形成不全であること。

（2）当該手術の保険医療材料は別に算定する。

[施設基準]

- （1） 歯科又は歯科口腔外科を標榜している保険医療機関であること。
- （2） 当該診療科に係る5年以上の経験および当該療養に係る3年以上の経験を有する常勤の歯科医師が2名以上配置されていること。
- （3） 病院であること。
- （4） 当直体制が整備されていること。
- （5） 医療機器保守管理及び医薬品に係る安全確保のための体制が整備されていること。

（新） 広範囲顎骨支持型補綴

- 1 ブリッジ形態のもの・・・○点（3分の1顎につき）
- 2 床義歯形態のもの・・・○点（1顎につき）

[算定要件]

- （1） 広範囲顎骨支持型装置埋入手術に係る施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該補綴に係る補綴物の印象採得から装着までの一連の行為を行った場合に、補綴治療を着手した日において算定する。
- （2） 保険医療材料料は所定点数に含まれる。

その他、広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴物修理についても評価を行う。

画像診断に係る評価の新設

骨子【I-7-(3)】

第1 基本的な考え方

医療の高度化等に対応する観点から、診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、歯科診療における歯科用3次元エックス線断層撮影による評価を新設する。

第2 具体的な内容

歯科用3次元エックス線断層撮影の新設

従来の歯科用エックス線撮影及びパノラマ断層撮影では診断が困難な症例において、歯科用3次元エックス線断層撮影装置を用いることによって、より精度の高い診断が可能となる画像診断技術の評価を新設する。

※現在は、医科点数表の準用により算定されている。

- (新) 歯科用3次元エックス線断層撮影
撮影料 ○点
診断料 ○点

[算定要件]

(1) 歯科用3次元エックス線断層撮影は、歯科用エックス線撮影若しくは歯科パノラマ断層撮影で診断が困難な場合であって、当該断層撮影の必要性が十分認められる以下のいずれかを3次元的に確認する場合に限り算定する。

- イ 埋伏智歯等、下顎管との位置関係
- ロ 顎関節症等、顎関節の形態
- ハ 顎裂等、顎骨の欠損形態
- ニ 腫瘍等、病巣の広がり

ホ その他、歯科用エックス線撮影若しくは歯科パノラマ断層撮影で確認できない位置関係や病巣の広がり等確認する特段の必要性が認められる場合

- (2) 歯科用3次元エックス線断層撮影の診断料は、回数にかかわらず、月1回に限り算定できるものとする。
- (3) 歯科用3次元エックス線断層撮影について造影剤を使用した場合は、所定点数に500点を加算する。この場合において、造影剤注入手技料及び麻酔料は所定点数に含まれるものとする。

骨子における「重点課題」及び「四つの視点」関連項目 (調剤報酬及び後発医薬品の使用促進)

<内容>

1. 重点課題

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進・・・・・・・・・・ 2
(重点課題2－4関連)

2. 四つの視点

薬学的管理及び指導の充実について・・・・・・・・・・ 5
(Ⅲ－6－(1)関連)

調剤報酬における適正化・合理化・・・・・・・・・・ 9
(Ⅲ－6－(1)関連)

後発医薬品の使用促進について・・・・・・・・・・ 13
(Ⅳ－1関連)

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

骨子【重点課題 2－4－(2)】

第 1 基本的な考え方

1. 在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を設け、評価を新設する。
2. 小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導料等について、小規模薬局間で連携して取り組む場合でも算定可能とする。
3. 無菌調剤を行うためには、特別な設備が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう見直しを行う。
4. 緊急時の対応を求められた場合、薬局から患者までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行う。

第 2 具体的な内容

1. 在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応している薬局として、過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 ○点

[算定要件]

施設基準に適合している薬局において、在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定している患者に対する調剤を行った場合、処方せん受付1回につき〇点を加算する。

[施設基準]

- (1) あらかじめ在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生局長等に届け出た保険薬局であること。
- (2) 在宅業務を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- (3) 麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第3条の規定による麻薬小売業者の免許を受けていること。

※ なお、必要な体制整備の要件として、過去一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導等の実績、医療材料及び衛生材料を供給できる体制、医療機関及び福祉関係者等に対する在宅業務実施体制に係る周知等を定めることとする。

2. 小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」という。）とあらかじめ連携している場合、在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料等についても算定できることとする。

ただし、保険請求は在宅基幹薬局が行うものとする。

3. 無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

現 行	改定案
（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準） (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。	（調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準） (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 <u>又は設備</u> を有していること。

(3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。	(3) 無菌製剤処理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
----------------------------------	----------------------------------

※ なお、これに伴い、通知において「無菌製剤処理を行うための専用の部屋（5平方メートル以上）を有していること。」の要件を削除する。

4. 在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定要件に患家との距離要件を設定する。

現 行	改定案
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】
1 同一建物居住者以外の場合 500点	1 同一建物居住者以外の場合 500点
2 同一建物居住者の場合 350点	2 同一建物居住者の場合 350点
	[算定要件]
	<u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合、特殊の事情がある場合を除き算定できない。</u>

薬学的管理及び指導の充実について

骨子【Ⅲ－6－(1)】

第1 基本的な考え方

1. お薬手帳を通じて薬剤情報を共有することの有用性が再認識されていることから、薬学的管理指導のさらなる質の向上を図るため、薬剤服用歴管理指導料と薬剤情報提供料を包括的に評価する。また、医薬品のさらなる適正使用を図るため、薬歴を活用した残薬確認についても評価する。
2. 特に安全管理が必要な医薬品（ハイリスク薬）が処方されている場合の算定要件を明確化するための見直しを行う。
3. 乳幼児への薬学的管理指導に関しては、現行では、調剤技術料（自家製剤加算及び計量混合加算）の中で調剤から薬学的管理指導に至る内容が評価されているが、点数設定を含め、現行の扱いを整理するとともに、薬剤服用歴管理指導料への加算を新設する。

第2 具体的な内容

1. 残薬確認も含めた薬剤服用歴管理指導料の包括的評価の充実

薬剤情報提供料を廃止し、お薬手帳を通じた情報提供を算定要件として薬剤服用歴管理指導料の中で包括的に評価する。

また、薬歴を活用した残薬確認も薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を充実する。

現 行	改定案
【薬剤服用歴管理指導料】（処方せん の受付1回につき） 30点 [算定要件]	【薬剤服用歴管理指導料】（処方せん の受付1回につき） 〇点(改) [算定要件]
注 患者に対して、次に掲げる指導等	注 患者に対して、次に掲げる指導等

<p>のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点 [算定要件] 調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、相互作用その他服用に際して注意すべき事項を患者の求めに応じて手帳に記載した場合に、月4回（処方の内容に変更があった場合は、その変更後月4回）に限り算定する。</p>	<p>のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「<u>薬剤情報提供文書</u>」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p><u>(廃止)</u></p>
---	--

2. 特定薬剤管理指導加算（ハイリスク薬）の算定要件の明確化

特定薬剤管理指導加算の算定要件である、ハイリスク薬が処方された患者に対して行う、その効果や関連副作用の有無等の確認内容等をより明確化する。

3. 乳幼児（6歳未満）への服薬指導の薬学的管理指導における評価

乳幼児（6歳未満）の処方せんを受け付けた場合であって、乳幼児が安全に、又は容易に服用できるよう、乳幼児への服薬指導を行った場合、現行では調剤料における「特別の乳幼児用製剤」の加算の中で評価されているが、この調剤料における加算項目を削除するとともに、薬剤服用歴管理指導料の加算を新設する。

（新） 乳幼児服薬指導加算 〇点

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 30点</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） 〇点(改)</p> <p>[算定要件]</p> <p><u>注 乳幼児（6歳未満）に係る調剤に際して必要な情報等を直接患者又はその家族等に確認した上で、患者又は患者の家族等に対し、服用に関して必要な指導を行い、かつ、指導内容等を手帳に記載した場合は、所定点数に〇点を加算する。</u></p>
<p>（調剤料）</p> <p>【自家製剤加算】（1調剤につき）</p> <p>イ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児用製剤を行った場合を除く。）</p>	<p>（調剤料）</p> <p>【自家製剤加算】（1調剤につき）</p> <p>イ 内服薬及び頓服薬</p>

(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点	(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の内服薬 20点
(2)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点	(2)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤の頓服薬 90点
(3)液剤 45点	(3)液剤 45点
ロ 内服薬及び頓服薬（特別の乳幼児 用製剤を行った場合に限る。）	（削除）
(1)錠剤、丸剤、カプセル剤、散剤、 顆粒剤、エキス剤 120点	
(2)液剤 75点	
【計量混合加算】（1調剤につき）	【計量混合加算】（1調剤につき）
イ 特別の乳幼児用製剤を行った場 合	（削除）
(1)液剤の場合 75点	
(2)散剤又は顆粒剤の場合 90点	
(3)軟・硬膏剤の場合 80点	
ロ イ以外の場合	
(1)液剤の場合 35点	(1)液剤の場合 35点
(2)散剤又は顆粒剤の場合 45点	(2)散剤又は顆粒剤の場合 45点
(3)軟・硬膏剤の場合 80点	(3)軟・硬膏剤の場合 80点

調剤報酬における適正化・合理化

骨子【Ⅲ－6－(2)】

第1 基本的な考え方

調剤報酬の中で適正化できる以下の事項について見直しを行う。

1. 基準調剤加算の施設基準については、地域医療を応需する「かかりつけ薬局」のあるべき方向性等を考慮し、備蓄医薬品の品目数の見直しを行うとともに、特定の医療機関の診療時間等に応じた開局時間を設定している薬局については施設基準を満たさないこととするよう見直す。
2. 薬学管理料における、調剤情報提供料、服薬情報提供料等については、一連の調剤・薬学的管理指導行為の中で算定されるものであるため、整理・統合する方向で見直しを行う

第2 具体的な内容

1. 基準調剤加算の施設基準の見直し

基準調剤加算の施設基準に、開局時間に係る要件を設けるとともに、備蓄医薬品数は実態等を踏まえた品目数とする。

現 行		改定案	
【基準調剤加算】		【基準調剤加算】	
1	基準調剤加算 1 10 点	1	基準調剤加算 1 10 点
2	基準調剤加算 2 30 点	2	基準調剤加算 2 30 点
[施設基準]		[施設基準]	
(1) 通則		(1) 通則	
イ、ロ 略		イ、ロ 略	
		ハ 地域の保険医療機関の通常の診療時間に応じた開局時間となって	

<p>ハ、ニ 略</p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準 イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>	<p><u>いること。</u></p> <p><u>二、ホ 略</u></p> <p>(2) 基準調剤加算 1 の基準 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p> <p>(3) 基準調剤加算 2 の基準 イ、ロ 略</p> <p>ハ 十分な数の医薬品を備蓄していること。</p>
---	--

※ なお、各々の加算における「十分な医薬品を備蓄している」基準として、通知において、基準調剤加算 1 については現行の「500 品目以上」を「700 品目以上」とし、基準調剤加算 2 については現行の「700 品目以上」を「1000 品目以上」とする。

2. 調剤情報提供料、服薬情報提供料等の見直し

調剤情報提供料、服薬情報提供料及びその加算である服薬指導情報提供加算については廃止し、これらを統合した評価として、新たに服薬情報等提供料を新設する。

現 行	改定案
<p>【調剤情報提供料】（処方せんの受付 1 回につき） 15点 [算定要件]</p> <p>注 処方された薬剤について、長期にわたる保存の困難性その他の理由により分割して調剤を行った場合等において、保険薬局が患者の調剤に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対してこれを照会し、かつ、文</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

書により提供した場合に算定する。

【服薬情報提供料】 15点

[算定要件]

注1 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている保険薬局が当該患者の服薬に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況を示す情報を文書により提供した場合に月1回に限り算定する。

注2 保険薬局が患者の服薬指導に関する情報提供の必要性を認め、当該患者の同意を得て、該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、当該患者に対する服薬指導等の内容を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合は、所定点数に15点を加算する。

(廃止)

【服薬情報等提供料】 〇点(新)

[算定要件]

注 処方せん発行保険医療機関から情報提供の求めがあった場合又は薬剤服用歴に基づき患者に対して薬学的管理及び指導を行っている

	<p><u>保険薬局が当該患者の服薬等に関する情報提供の必要性を認めた場合において、当該患者の同意を得て、当該患者が現に診療を受けている保険医療機関に対して、服薬状況等を示す情報を文書により提供した場合に月 1 回に限り算定する。</u></p>
--	---

後発医薬品の使用促進について

骨子【IV－1】

第1 基本的な考え方

1. これまで、後発医薬品の使用促進のため、処方せん様式の変更、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則等の改正、薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し、医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制の評価等の取組を行ってきた。

後発医薬品の使用割合は着実に増加してはいるものの、政府目標の達成のためには一層の使用促進が必要であり、後発医薬品の品質面での信頼性確保とその周知に一層努めるとともに、入院、外来を問わず全体として後発医薬品の使用を進めていく必要がある。

このため、「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」に基づき、環境整備を行う。

2. なお、「診療報酬において加算等の算定対象となる後発医薬品」の範囲については、平成22年4月以降、先発医薬品の薬価より高い品目を除外してきたところであるが、平成24年4月以降は、これに加え、先発医薬品の薬価と同額の品目についても、除外することとする。

第2 具体的な内容

1. 薬局における後発医薬品調剤体制加算等の見直し

- (1) 調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し

薬局における後発医薬品の調剤を促すため、調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の要件について、数量ベースでの後発医薬品の使用割合が22%以上、30%以上及び35%以上の場合に改めることとし、特に30%以上及び35%以上の場合を重点的に評価する。

現 行	改定案																		
<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td>20%以上</td> <td>6点</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>25%以上</td> <td>13点</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>30%以上</td> <td>17点</td> </tr> </table>	1	20%以上	6点	2	25%以上	13点	3	30%以上	17点	<p>【後発医薬品調剤体制加算】（処方せんの受付1回につき）</p> <p>直近3か月間の医薬品の調剤数量（調剤した医薬品について薬価基準上の規格単位ごとに数えた数量のことをいう。）のうち、後発医薬品の調剤数量の割合が、それぞれ、以下のとおりであること。</p> <table border="0"> <tr> <td>1</td> <td><u>22%以上</u></td> <td>○点(改)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td><u>30%以上</u></td> <td>○点(改)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><u>35%以上</u></td> <td>○点(改)</td> </tr> </table>	1	<u>22%以上</u>	○点(改)	2	<u>30%以上</u>	○点(改)	3	<u>35%以上</u>	○点(改)
1	20%以上	6点																	
2	25%以上	13点																	
3	30%以上	17点																	
1	<u>22%以上</u>	○点(改)																	
2	<u>30%以上</u>	○点(改)																	
3	<u>35%以上</u>	○点(改)																	

※1 後発医薬品の調剤数量の割合を計算する際に、経腸成分栄養剤及び特殊ミルク製剤に加えて、漢方製剤及び生薬については、後発医薬品の調剤数量の割合を算出する際に、分母から除外することとする。

※2 平成24年度薬価改定の結果、一部の後発医薬品の薬価については、先発医薬品の薬価よりも「高くなる」、若しくは「同じとなる」見込みであることから、これら薬価が「高くなる」、若しくは「同じとなる」品目については、後発医薬品の使用に係る診療報酬上の評価の対象としている「診療報酬における後発医薬品」のリストから除外することとする。

(2) 後発医薬品調剤加算及び後発医薬品情報提供料の廃止

調剤料における後発医薬品調剤加算及び薬学管理料における後発医薬品情報提供料を廃止する。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品調剤加算】（1調剤につき）</p> <p>[算定要件]</p> <p>後発医薬品を調剤した場合は、各区分の所定点数（内服薬の場合は、1剤に係る所定点数）に1調剤につき2点を加算する。</p>	<p><u>(廃止)</u></p>

<p>【後発医薬品情報提供料】（処方せん受付1回につき） 10点</p> <p>[算定要件]</p> <p>注 後発医薬品に関する主たる情報（先発医薬品との薬剤料の差に係る情報を含む。）を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、患者の同意を得て、後発医薬品を調剤した場合に算定する。ただし、処方せんの指示に基づき後発医薬品を調剤した場合は算定できない。</p>	<p><u>（廃止）</u></p>
--	--------------------

2. 薬局における薬剤情報提供文書を活用した後発医薬品に係る情報提供の評価

薬剤服用歴管理指導料における薬剤情報提供文書の中で、全ての先発薬に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無、価格及び在庫情報）を付加的に提供することを、薬剤服用歴管理指導料の算定要件として評価を行う。

現 行	改定案
<p>【薬剤服用歴管理指導料】 （処方せんの受付1回につき） 30点 [算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主</p>	<p>【薬剤服用歴管理指導料】（処方せんの受付1回につき） <u>0</u>点(改) [算定要件]</p> <p>患者に対して、次に掲げる指導等のすべてを行った場合に算定する。</p> <p>① 患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主</p>

<p>な情報を文書又はこれに準ずるものにより患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>【薬剤情報提供料】（処方せんの受付1回につき） 15点</p>	<p>な情報を文書又はこれに準ずるもの（以下「<u>薬剤情報提供文書</u>」という。）により患者に提供し、薬剤の服用に関し、基本的な説明を行うこと。</p> <p>② 処方された薬剤について、直接患者又はその家族等から服薬状況等の情報を収集して薬剤服用歴に記録し、これに基づき薬剤の服用等に関し必要な指導を行うこと。</p> <p>③ <u>調剤日、投薬に係る薬剤の名称、用法、用量、その他服用に際して注意すべき事項を手帳に記載すること。</u></p> <p>④ <u>患者ごとに作成された薬剤服用歴に基づき、また、直接患者又はその家族等からこれまでに投薬された薬剤のうち服薬していないものの有無も含めて確認を行うこと。</u></p> <p>⑤ <u>薬剤情報提供文書により、投薬に係る薬剤に対する後発医薬品に関する情報（後発医薬品の有無及び価格に関する情報を含む。）を患者に提供すること。</u></p> <p><u>(廃止)</u></p>
---	---

3. 医療機関における後発医薬品を積極的に使用する体制評価の見直し

医療機関における後発医薬品の使用を進めるため、後発医薬品使用体制加算の現行の要件（後発医薬品の採用品目割合20%以上）に「30%以上」の評価を加える。

現 行	改定案
<p>【後発医薬品使用体制加算】（入院初日） 30点</p> <p>[施設基準]</p> <p>当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>	<p>【後発医薬品使用体制加算】（入院初日）</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算₁ 〇点(新)</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算₂ 〇点(改)</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 後発医薬品使用体制加算 1 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が3割以上であること。</p> <p>2 後発医薬品使用体制加算 2 当該保険医療機関において使用することを決定した医薬品のうち後発医薬品の品目数が2割以上であること。</p>

4. 一般名処方の推進

後発医薬品の使用を一層促進するとともに、保険薬局における後発医薬品の在庫管理の負担を軽減するため、医師が処方せんを交付する際、後発医薬品のある医薬品について一般名処方が行われた場合の加算を新設する。

現 行	改定案
【処方せん料】	【処方せん料】

1	7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合	40点	1	7種類以上の内服薬の投薬（臨時の投薬であって、投薬期間が2週間以内のものを除く。）を行った場合	40点
2	1以外の場合	68点	2	1以外の場合	68点
			<p>（注を追加）</p> <p><u>一般名による記載を含む処方せんを交付した場合は、処方せんの交付1回につき〇点を加算する。</u></p>		

なお、一般名処方を行った場合の処方せん料の算定においては、「薬剤料における所定単位当たりの薬価」の計算は、当該規格のうち最も薬価が低いものを用いて計算することとする。

5. 処方せん様式の変更

現行の処方せん様式では、「後発医薬品への変更がすべて不可の場合の署名」欄があり、処方医の署名により処方薬すべてについて変更不可となる形式となっているが、個々の医薬品について変更の可否を明示する様式に変更する（別紙）。

6. 後発医薬品の品質確保

「後発医薬品の品質確保」については、これまでも医療関係者や患者の信頼を確保するために、アクションプログラムに基づき、国、後発医薬品メーカーそれぞれが取組を実施しているところであるが、今後は、後発医薬品メーカーによる品質の確保及び向上への取組、情報の発信をより一層促すとともに、これに加え、以下の取組についても実施する。

(1) 厚生労働省やPMDA等が中心となり、医療関係者や国民向けの後発医

薬品についての科学的見解を作成する。

(2) ジェネリック医薬品品質情報検討会の検討結果について、より積極的に情報提供を図る。

(別紙) 新たな処方せんの様式 (案)

処 方 せ ん												様式第二号
(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)												(第二十三条関係)
公費負担者番号								保険者番号				
公費負担医療の受給者番号								被保険者証・被保険者手帳の記号・番号				
患 者	氏名								保険医療機関の所在地及び名称			
	生年月日		明大昭平	年 月 日		男・女		電話番号				
	区分		被保険者		被扶養者		都道府県番号		点数表番号	医療機関コード		
											(印)	
交付年月日		平成 年 月 日		処方せんの使用期間		平成 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処 方	変更不可		個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更にし支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「√」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
備 考	保険医署名（「変更不可」欄に「√」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。）											
調剤済年月日		平成 年 月 日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名				(印)		公費負担医療の受給者番号						
備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。												
2. この用紙は、日本工業規格 A 列5番を標準とする。												
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。												